

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysalan koulutusohjelma

Kliininen asiantuntija

2011

Anne Tervo

# KOHTI YHTENÄISTÄ IMETYSOHJAUSTA

– Imetysohjauksen toimintasuunnitelman  
laatiminen Kanta-Hämeen keskussairaalan  
synnytysten tulosityksikölle



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Anne Tervo

## KOHTI YHTENÄISTÄ IMETYSOHJAUSTA

### - Imetysohjauksen toimintasuunnitelman laatiminen Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytysten tulosityksikölle

Äidinmaito on ainutlaatuista ja täydellisesti vastasyntyneen tarpeisiin sopivaa ravintoa elämän ensimmäisiksi kuukausiksi. Äidinmaito ja imetys edistävät sekä äidin että lapsen terveyttä, mutta imetyssuositukset eivät Suomessa toteudu. Synnytyssairaaloiden imetysohjauksella ja hoitokäytännöillä voidaan merkittävästi tukea imetyksen aloittamista sekä jatkumista.

Kehittämiprojektin tavoitteena oli varmistaa laadukkaan ja yksilöllisen imetysohjauksen ja -neuvonnan toteutuminen Kanta-Hämeen keskussairaалassa. Imetysohjaus- ja toimintakäytäntöjen yhtenäistämisen avulla voidaan imetyksen onnistumista ja perheiden hyvinvointia tukea niin synnytyssairaалassa kuin kotiutumisen jälkeen. Kehittämiprojekti perustui Imetyksen edistäminen Suomessa -toimintaohjelman määrittelemiin tavoitteisiin imetyksen tukemisesta ja edistämisestä synnytyssairaалassa. Kehittämiprojekti oli itsenäinen jatke Kanta-Hämeen keskussairaалassa käynnissä olleelle Potilasohjaushankkeelle.

Kehittämiprojektiin liittyvä soveltava tutkimus toteutettiin synnyttäneille äideille (n=105) suunnatulla kyselyllä. Soveltavalla tutkimuksella kartoitettiin imetysohjauksen toimintasuunnitelman osa-alueiden toteutumista käytännön toiminnassa. Soveltavan tutkimuksen avulla saatiin tietoa imetysohjauksen ja imetystä tukevien hoitokäytäntöjen yhtenäisyydestä sekä toteutumisesta synnyttäneiden äitien kohdalla. Lisäksi tulokset antoivat tietoa vastasyntyneiden ravitsemuksesta synnytyssairaалassa.

Kehittämiprojektin tuloksena Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytysten tulosityksikölle laadittiin imetysohjauksen toimintasuunnitelma. Imetysohjauksen toimintasuunnitelma toimii henkilökunnan työskentelyn perustana määritellen, miten kansainvälisen Vauvamyönteisyysohjelman Kymmenen askeleen tulisi osastoilla toteutua. Lisäksi soveltavan tutkimuksen tulosten perusteella saatiin tietoa imetysohjauksen toteutumisesta Kanta-Hämeen keskussairaалassa. Soveltavan tutkimuksen tulosten pohjalta nostettiin esiin imetysohjaukseen tai imetystä tukeviin hoitokäytäntöihin liittyviä kehittämistarpeita.

#### ASIASANAT:

Imetys, imetysohjaus, hoitokäytännöt, imetysohjauksen toimintasuunnitelma

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care | Advanced Nursing Practice

November 2011 | 84 pages, 5 appendices

Instructors: Ritva Laaksonen-Heikkilä and Pia Suvivuo

Anne Tervo

## TOWARDS A UNIFIED BREASTFEEDING COUNSELING

### - Creating a breastfeeding policy to Kanta-Häme Central Hospital's unit of obstetrics

Breastmilk is unique and perfectly suitable for the nutritional needs of a newborn in the first months of life. Breastmilk and breastfeeding promote the health of both the mother and the baby. Nevertheless the recommendations on breastfeeding do not come true in Finland. At the maternity hospitals the initiation and the continuation of breastfeeding can be supported by breastfeeding counseling and hospital practices.

The aim of this development project was to ensure the realization of individual and good quality breastfeeding counseling in Kanta-Häme Central Hospital. With unification of breastfeeding counseling and hospital practices the success of breastfeeding and well-being of the families can be supported both in the maternity hospital and after returning home. This development project was based on the goals defined by Breastfeeding Promotion in Finland -action programme to support and promote breastfeeding at the maternity hospitals. This development project was an independent continuation of an ongoing Patient Counseling project at Kanta-Häme Central Hospital.

This development project included an applied study. The study was carried out with a targeted survey for the mothers who had given birth (n=105). This study surveyed the realization of breastfeeding policy's areas in the practice. The survey gave information about the unity and realization of breastfeeding counseling and the hospital practices. The results also gave information about the nutrition of newborns in the maternity hospital. The results of the survey were used to identify the needs for developing breastfeeding counseling.

As the outcome of this development project the breastfeeding policy was created for the unit of obstetrics in Kanta-Häme Central Hospital. The breastfeeding policy acts as a basis for the work defining how the Ten Steps from an international Baby Friendly Hospital Initiative should be realized in the wards. Based on the results of the applied study the needs for developing breastfeeding counseling or hospital practices were highlighted.

#### KEYWORDS:

Breastfeeding, breastfeeding counseling, hospital practices, breastfeeding policy

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>7</b>
<b>2 IMETYS TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄJÄNÄ</b>	<b>8</b>
2.1 Imetyksen edut	8
2.2 Imetystä ohjaavat suositukset ja ohjelmat	10
2.2.1 Imetyksen edistäminen ja tukeminen kansainvälisesti	11
2.2.2 Suomalaiset suositukset ja toimintaohjelmat imetyksen tukemiseksi	13
2.3 Imetyksen toteutuminen	15
<b>3 IMETYKSEN TUKEMINEN SYNNYTYSSAIRAALASSA</b>	<b>19</b>
3.1 Imetyksen ensipäivät	20
3.2 Imetysohjaus synnytyssairaalassa	21
3.2.1 Imetysohjauksen sisältö	22
3.2.2 Imetystä tukevat hoitokäytännöt	24
3.3 Imetysohjauksen toimintasuunnitelma imetysohjauksen perustana	29
<b>4 IMETYSOHJAUKSEN KEHITTÄMISPROJEKTIN TAVOITTEET JA TOTEUTUS</b>	<b>29</b>
4.1 Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytysten tuloksikko kehittämiprojektin ympäristönä	29
4.2 Kehittämiprojektin tausta ja tarve	30
4.3 Kehittämiprojektin tavoitteet	32
4.4 Kehittämiprojektin toteutus	32
<b>5 IMETYSOHJAUKSEN TOTEUTUMINEN KANTA-HÄMEEN KESKUSSAIRAALASSA</b>	<b>35</b>
5.1 Soveltavan tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	35
5.2 Tutkimusmenetelmä	35
5.3 Aineiston keruu	38
5.4 Aineiston analysointi	40
<b>6 IMETYSOHJAUSKYSELYN TULOKSET</b>	<b>42</b>
6.1 Vastaajien taustatiedot	42
6.2 Imetysohjauksen toteutuminen	44
6.3 Imetystä tukevat hoitokäytännöt	48
6.4 Imetyksen toteutuminen synnytyssairaalassa	52
<b>7 IMETYSOHJAUSKYSELYN JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA</b>	<b>56</b>
7.1 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset	56
7.2 Soveltavan tutkimuksen luotettavuus	64

7.3 Eettiset kysymykset	67
<b>8 IMETYSOHJAUksen KEHITTÄMINEN KANTA-HÄMEEN KESKUSSAIRAALASSA</b>	<b>68</b>
8.1 Projektiryhmän toiminta	68
8.2 Kanta-Hämeen keskussairaalan imetysohjauksen toimintasuunnitelma	70
8.3 Imetysohjauksen kehittämistarpeet Kanta-Hämeen keskussairaalassa	72
<b>9 KEHITTÄMISPROJEKTIN POHDINTA</b>	<b>74</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>79</b>

## LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake
Liite 2. Tiedote tutkittavalle
Liite 3. Tutkittavan suostumus
Liite 4. Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja luokittelusta
Liite 5. Kanta-Hämeen keskussairaalan imetysohjauksen toimintasuunnitelma

## KUVIOT

Kuvio 1. Imetystä tukevia suosituksia ja ohjelmia	10
Kuvio 2. Projektiorganisaatio	33
Kuvio 3. Kehittämisprojektin toteutussuunnitelma	34
Kuvio 4. Tilastollisen aineiston analyysiprosessi	41
Kuvio 5. Avoimien vastausvaihtoehtojen analyysiprosessi	42
Kuvio 6. Vastaajat ikäluokittain	43
Kuvio 7. Vastaajien täydet raskausviikot synnytysviikolla	43
Kuvio 8. Vastasyntyneiden syntymäpainot (g) luokittain	44
Kuvio 9. Ohjaus imetysväleihin liittyen	46
Kuvio 10. Ohjaus imetyskerran kestoista	46
Kuvio 11. Ensi-imetyksen ajankohta	50
Kuvio 12. Vierihoidon toteutuminen	51
Kuvio 13. Vastasyntyneiden ravitsemus synnytyssairaalassa	53
Kuvio 14. Lisämaidon saanti painoluokittain	55
Kuvio 15. Vastasyntyneiden ravitsemus kotiutuessa	55
Kuvio 16. Projektiryhmän toiminta	69

## TAULUKOT

Taulukko 1. Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen	12
Taulukko 2. Imetyksen toteutuminen	16
Taulukko 3. Täysimetyksen toteutuminen	17
Taulukko 4. Esimerkkejä kysymysten laadinnasta	36
Taulukko 5. Esimerkkejä kyselylomakkeeseen tehdyistä muutoksista	38
Taulukko 6. Imetysohjaus raskausaikana	44
Taulukko 7. Imetysasentoon ja imuotteeseen liittyvä ohjaus	45
Taulukko 8. Käsinlypsyn ohjaus	47
Taulukko 9. Ohjaus yhteydenotosta ongelmatilanteissa	47
Taulukko 10. Varhaiskontaktin toteutuminen	48
Taulukko 11. Äidin ja vastasyntyneen voinnin vaikutus varhaiskontaktiin	49
Taulukko 12. Ihokontakti ja varhaiskontaktin kesto	49
Taulukko 13. Synnytystavan vaikutus ensi-imetyksen viivästymiseen	51
Taulukko 14. Synnyttäneisyyden vaikutus huvitutin käyttöön	52
Taulukko 15. Vastasyntyneiden saama ravinto rintamaidon ohella	53
Taulukko 16. Synnyttäneisyyden vaikutus vastasyntyneen lisämaidon saantiin	54

# 1 JOHDANTO

Äidinmaito on ainutlaatuista ja täydellisesti vastasyntyneen tarpeisiin sopivaa ravintoa. Äidinmaito riittää ainoaksi ravinnoksi ensimmäisen kuuden kuukauden ajan lähes kaikille terveille imeväisikäisille. Imetyksen on todettu edistävän sekä äidin että lapsen terveyttä niin kehitys- kuin teollisuusmaissa, ja sen suotuisten vaikutusten on havaittu ulottuvan vastasyntyneisyysajasta alkaen jopa aikuisikään asti. Imetyksen edistäminen on tärkeä osa väestön terveyden edistämistä, joka synnytyssairaaloiden osalta painottuu suurelta osin imetysohjaukseen. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 21, 32.)

Suomen imetystilastot poikkeavat suosituksista, joita imetyksen ja täysimetyksen kestolle on asetettu. Tämän vuoksi imetyksellä saatavat kansanterveydelliset edut jäävät osittain saavuttamatta. (Hasunen & Ryyränen 2006, 19-27.) Imetystilanteen kohentamiseksi Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä julkaisi vuonna 2009 toimintaohjelman, joka asettaa tavoitteet imetyksen tukemiseksi ja edistämiseksi terveydenhuollon eri osa-alueilla. Toimintaohjelma edellyttää synnytyssairaaloita muun muassa laatimaan näyttöön perustuvan ja yhtenäisen ohjeistuksen vanhemmille synnytyssairaalassa annettavasta imetysohjauksesta. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 61.)

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli varmistaa laadukkaan ja yksilöllisen imetysohjauksen ja -neuvonnan toteutuminen Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Kehittämisprojektilla pyrittiin imetysohjaus- ja toimintakäytäntöjen yhtenäistämisen avulla tukemaan imetyksen onnistumista ja perheiden hyvinvointia niin synnytyssairaalassa kuin kotiutumisen jälkeen. Kehittämisprojektin tuloksena synnytysten tuloksyksikölle laadittiin imetysohjauksen toimintasuunnitelma. Lisäksi synnyttäneille äideille suunnatun imetysohjauskyselyn avulla saatiin tietoa imetysohjauksen toteutumisesta ja kehittämistarpeista. Kehittämisprojekti oli itsenäinen jatke Kanta-Hämeen keskussairaalassa käynnissä olleelle Potilasohjaushankkeelle (Hietasola-Husu 2009).

## 2 IMETYS TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN

### EDISTÄJÄNÄ

Imetys voidaan jakaa täysimetykseen ja osittaisimetykseen imeväisikäisen saaman ravinnon perusteella. Täysimetyksellä tarkoitetaan rintamaidon antamista imeväisikäiselle ainoana ravinnonlähteenä joko imettämällä tai lypsämällä. Täysimetykseen hyväksytään sisältyvän rintamaidon ohella myös D-vitamiinivalmisteet sekä mahdolliset muut ravintoainevalmisteet, kuten lääkkeet ja keskostipat. Osittaisimetyksessä imeväisikäinen saa rintamaidon lisäksi esimerkiksi äidinmaidonkorviketta, soseita tai velliä. Vähäisten vesimäärien vaikutuksesta imetyksen määritelmään ollaan eri mieltä. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 18.)

#### 2.1 Imetyksen edut

Äidinmaito on ainutlaatuista ja täydellisesti vastasyntyneen tarpeisiin sopivaa ravintoa, jonka terveyttä edistävien vaikutusten on todettu ulottuvan jopa aikuisikään asti (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 28). Lapseen kohdistuvien terveysvaikutusten ohella imetys tukee myös synnyttäneen äidin terveyttä (Gartner ym. 2005, 497; ACOG 2007, 2S). Imetyksellä on havaittu olevan myös yhteiskunnallisesti positiivisia vaikutuksia (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 28).

Imetyksen on todettu suojaavan kehitysmaiden lapsia infektiosairauksilta sekä vähentävän imeväisikäisten kuolemia. Länsimaissa imetyksen etuja **lapselle** ei ole nähty yhtä selvinä, sillä saatavilla on puhdasta juomavettä, joka takaa kehitysmaita turvallisemman äidinmaidonkorvikkeiden käytön. (Savilahti 2005, 2189-2191; Fewtrell ym. 2007, 637S; Järvenpää 2009, 2089-2091.) Imetyksellä ja rintamaidolla on monia tutkittuja positiivisia vaikutuksia niin imeväisikäiselle kuin pidemmälle nuoruus- ja aikuisikään. Rintamaito lisää lasten infektiosuojaa ja hillitsee tulehdusreaktiota muun muassa rintamaidon sisältämien IgA -vasta-aineiden, lymfosyyttien ja laktoferriinin avulla. Rintamaito edistää myös imeväisikäisen suoliston



kehitystä. (Savilahti 2005, 2189-2191; ACOG 2007, 2S; Järvenpää 2009, 2089-2091.)

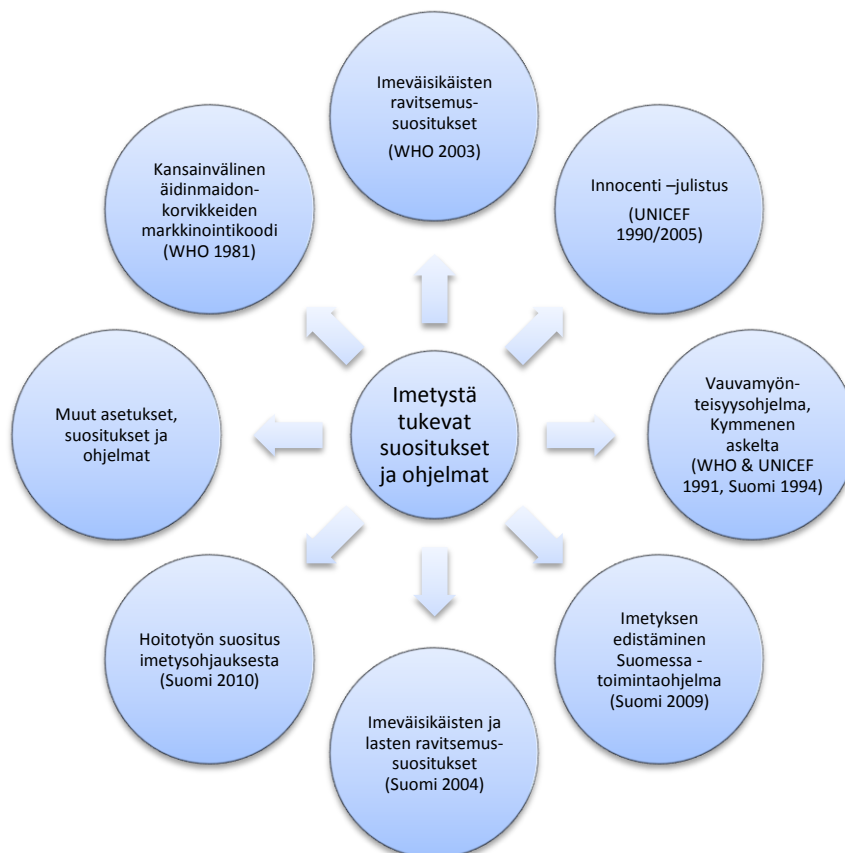
Rintamaitoa saavilla imeväisikäisillä on pienempi riski sairastua esimerkiksi korvatulehduksiin, vaikeisiin alahengitystieinfektioihin, atooppiseen ihottumaan sekä lapsuusiän astmaan kuin äidinmaidonkorvikkeita saavilla. Lisäksi rintamaidon on todettu vähentävän kätkytkuolemariskiä sekä riskiä sairastua tyypin 1 diabetekseen ja keliakiaan. (Savilahti 2005, 2189-2191; Philipp & Radford 2006, F146; Ip ym. 2007, 3-5; Järvenpää 2009, 2089-2091; Stuebe & Schwartz 2010, 157-158.) Rintamaitoa sisältävä ravinto takaa terveydellisiä etuja myös osittaisimetyksellä oleville lapsille, mutta rintamaidon antama suoja on vähäisempi kuin täysimetyksellä olevilla lapsilla. Terveydellisten vaikutusten lisäksi on imetyksen ja rintamaidon esitetty tukevan lasten kognitiivista kehitystä sekä lisäävän lasten älykkyyttä. (Järvenpää 2009, 2089-2091.) Imetyksen avulla lapsen ja äidin välille muodostuu tiivis ja läheinen yhteys (Savilahti 2005, 2189).

**Synnyttäneen äidin** saamat edut imetyksestä ovat sekä nopeasti että pitkällä aikavälillä ilmeneviä. Synnytyksen jälkeen imetyksen yhteydessä erittyvä oksitosiini-hormoni tehostaa synnyttäneen äidin kohdun supistumista ja vähentää synnytyksen jälkeistä verenvuotoa. (Gartner ym. 2005, 497; ACOG 2007, 2S.) Raskauden myötä nousseen painon palautuminen raskautta edeltäneeseen tilaan on myös nopeampaa imettävillä äideillä (Gartner ym. 2005, 497). Imetyksen on todettu pienentävän riskiä sairastua diabetekseen sekä sydän- ja verisuonitauteihin verrattuna äiteihin, jotka eivät ole imettäneet (Stuebe & Schwartz 2010, 156). Imetys voi vähentää myös riskiä sairastua rinta- ja munasarjasyöpään sekä mahdollisesti ehkäisee lonkkamurtumia ja osteoporoosia vaihdevuosien jälkeen (Gartner ym. 2005, 497; ACOG 2007, 2S-3S; Ip ym. 2007, 7). Imetyksen on todettu hetkellisesti heikentävän äitien luuntiheyttä. Tilanne kuitenkin korjaantuu imetyksen lopettamisen jälkeen. (ACOG 2007, 3S.) Lisäksi imetys lykkää toisilla äideillä kuukautiskierron palautumista toimien luonnonmukaisena ehkäisykeinona (Gartner ym. 2005, 497).

Imetyksen on todettu vaikuttavan terveyden ja hyvinvoinnin lisäksi myös **yhteiskunnallisiin** tekijöihin. Imetyksellä on selvät positiiviset vaikutukset kansantaloudellisesti sairastavuuden ja terveydenhuoltokustannusten vähentyessä. (Gartner ym. 2005, 497; Philipp & Radford 2006, F146; ACOG 2007, 3S.) Lasten sairastavuuden vähetessä myös poissaolot työpaikoilta lastenhoidollisista syistä sekä niiden aiheuttamat kustannukset vähenevät. Imeväisikäisen ruokinnasta äidinmaidonkorvikkeilla on myös kuluja perheelle sekä yhteiskunnalle muun muassa korvikkeiden hankinnan sekä korvikkeiden tuotannosta ja käytöstä syntyvien jätteiden käsittelyn vuoksi. (Gartner ym. 2005, 497; ACOG 2007, 3S.)

## 2.2 Imetystä ohjaavat suositukset ja ohjelmat

Imetystä ja imeväisikäisten ravitsemusta tuetaan niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin erilaisin ohjelmin, suosituksin ja asetuksin (Kuvio 1) (WHO 2003, 7-9; Hasunen ym. 2004, 102-104).



Kuvio 1. Imetystä tukevia suosituksia ja ohjelmia (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 22-26).

### 2.2.1 Imetyksen edistäminen ja tukeminen kansainvälisesti

Teollisuusmaissa tärkein toimenpide imetyksen tukemiseksi on yhtenäiset ja valtakunnalliset suositukset imetysohjauksesta sekä -neuvonnasta, joita täydennetään paikallisilla ohjeistuksilla. Imetyskäytäntöjen muuttuminen on kuitenkin pitkäaikainen prosessi, joka vaatii kaikkien raskaana olevien, synnyttäjien sekä synnyttäneiden äitien ja imeväisikäisten hoitoon osallistuvien sitoutumisen. (Dyson ym. 2010, 139-142.) Maailman Terveysjärjestö (WHO) julkaisi vuonna 2003 kansainväliset **suositukset imeväisikäisten ja pienten lasten ravitsemuksen pohjaksi**. Suosituksilla pyritään tukemaan lasten kasvua, kehitystä ja terveyttä, mutta suosituksissa huomioidaan lisäksi synnyttäneiden äitien hyvinvointi sekä imetys ja imetyksen jatkumista tukevat toimenpiteet. WHO suosittelee kaikille imeväisikäisille kuuden kuukauden täysimetystä sekä imetyksen jatkumista muun ravinnon ohella kahden vuoden ikään tai pidempään perheen niin halutessa. (WHO 2003, 7-9.)

**Maailmanlaajuinen Innocenti -julistus** (Innocenti Declaration) laadittiin vuonna 1990 kannustamaan valtioita toimenpiteisiin imetyksen suojelemiseksi, tukemiseksi ja edistämiseksi. Julistus toimii nykypäivänäkin kansainvälisten imetyssuosittelujen pohjana. Innocenti -julistuksessa valtioille asetettiin lyhyen aikavälin tavoitteita. Tavoitteina oli kansallisen imetyksen koordinoijan ja moniammatillisen imetyksen asiantuntijaryhmän nimeäminen sekä WHO:n ja UNICEF:in (United Nations Children's Fund) Vauvamyönteisyysohjelman ja kansainvälisen äidinmaidonkorvikkeiden markkinointikoodin käyttöönotto. Innocenti -julistus päivitettiin vuonna 2005. (UNICEF 2005, 3.) Suomessa tavoitteet eivät ole toteutuneet. Suomen kansallista imetyksen koordinoijaa ei ollut nimetty vuoteen 2010 mennessä, ja vuonna 2008 Suomen 34 synnytysairaalaista ainoastaan neljä oli saavuttanut Vauvamyönteisyysertifikaatin. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 50, 101-102.)

**Vauvamyönteisyysohjelma** eli Baby Friendly Hospital Initiative on WHO:n ja UNICEF:in vuonna 1991 julkaisema toimintaohjelma imetyksen tukemiseksi. Toimintaohjelma on kohdistettu kaikille raskaana olevia,

synnyttäjiä, synnyttäneitä äitejä tai vastasyntyneitä hoitaville tahoille. Vauvamyönteisyysohjelman perustana ovat henkilökunnan koulutus imetysohjaukseen sekä ”Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen” (Taulukko 1). (WHO & UNICEF 2009b, 1-4.) Kymmenen askelta ovat tutkittuja ja perusteltuja ehdotuksia synnytyssairaaloiden hoitokäytännöiksi. Hoitokäytäntöjen tarkoituksena on tukea imetyksen käynnistymistä ja jatkumista suositusten mukaisesti kehittämällä synnytyssairaaloiden toimintaa sekä niissä annettavaa ohjausta. (Philipp & Radford 2006, F146; WHO & UNICEF 2009b, 1-4.)

Taulukko 1. Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009; WHO & UNICEF 2009b).

1. Imetyksen edistämisestä on työyhteisöissä kirjallinen toimintasuunnitelma, jonka koko henkilökunta tuntee.
2. Henkilökunnalle järjestetään toimintasuunnitelman edellyttämää koulutusta.
3. Kaikki odottavat äidit saavat tietoa imetyksen eduista sekä siitä, miten imetys onnistuu.
4. Äitejä autetaan varhaisimetykseen 30 - 60 minuutin kuluessa synnytyksestä lapsen imemisvalmiuksien mukaan.
5. Äitejä opastetaan imetykseen ja maidon erityksen ylläpitämiseen siinäkin tapauksessa, että he joutuvat olemaan erossa lapsestaan.
6. Lapselle annetaan ainoastaan rintamaitoa, elleivät lääketieteelliset syyt muuta edellytä.
7. Äidit ja vauvat saavat olla vierihoidossa 24 tuntia vuorokaudessa.
8. Äitejä kannustetaan lapsentahtiseen (lapsen viestien mukaiseen) imetykseen.
9. Imetetyille vauvoille ei anneta huvitutteja, eikä heitä syötetä tuttipullosta.
10. Imetystukiryhmien perustamista tuetaan, ja odottavia ja imettäviä äitejä opastetaan niihin.

Mahdollisimman monen Vauvamyönteisyysohjelman askeleen toteutuminen synnytyssairaalassa tukee synnyttäneiden äitien tavoitteita imettää. Vauvamyönteisyysohjelman mukaiset toimintaperiaatteet lisäävät myös täysimetystä ja sen kestoa. (Rosenberg ym. 2008, 113; Declercq

ym. 2009, 932; Dyson ym. 2010, 139-142.) Vauvamyönteisyysohjelma asettaa arviointikriteerit synnytyssairaaloiden toiminnalle. Kriteerien täyttyessä synnytyssairaala voi osallistua auditointiin. Hyväksytysti suoritetusta auditoinnista synnytyssairaalle myönnetään tunnustukseksi kansainvälinen Vauvamyönteisyysertifikaatti imetystä tukevasta toiminnasta. Vuoteen 2009 mennessä Vauvamyönteisyysohjelma oli levinnyt yli 150 maahan. (WHO & UNICEF 2009b, 1-4.) Suomessa Vauvamyönteisyysohjelma julkaistiin vuonna 1994 (STAKES 1994). Vauvamyönteisyysertifikaatin saaminen edellyttää toiminnan säännöllistä uudelleenarviointia. Uudelleenarviointia ei ollut suoritettu yhdessäkään Suomen neljästä Vauvamyönteisestä sairaalasta vuoteen 2009 mennessä. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 48-50.) Ruotsalaisista synnytyssairaaloista vuonna 2003 Vauvamyönteisyysertifikaatin oli saavuttanut 100% ja norjalaisista 75% (Cattaneo ym. 2005, 41).

Imetyksen suojelemiseksi ja tukemiseksi on laadittu myös **Kansainvälinen äidinmaidonkorvikkeiden markkinointikoodi**. Markkinointikoodi sisältää toimenpidesuosituksia äidinmaidonkorvikkeiden, imeväisikäisten ruokien, tuttipullojen sekä tuttien myyntiin ja mainontaan. Kansainvälinen äidinmaidonkorvikkeiden markkinointikoodi pyrkii takaamaan imeväisikäisille riittävän ja turvallisen ravinnon imetyksen muodossa. Mikäli imetys ei ole mahdollista, yritetään markkinointikoodin avulla ohjata oikeanlaiseen ja turvalliseen äidinmaidonkorvikkeiden käyttöön. (WHO 2008, 1-9.)

## 2.2.2 Suomalaiset suositukset ja toimintaohjelmat imetyksen tukemiseksi

**Imeväisikäisten lasten ravitsemussuosituksia** on Suomessa päivitetty viimeksi vuonna 2004. Tällöin Sosiaali- ja terveysministeriö asetti terveille, normaalipainoisina syntyneille imeväisikäisille ravitsemussuositukseksi kuuden kuukauden täysimetyksen. Imetyksen jatkamista kiinteiden ruoka-aineiden ohella suositellaan 12 kuukauden ikään asti tai pidempään perheen niin halutessa. Täysimetetty lapsi tarvitsee rintamaidon lisäksi vain D-vitamiinivalmistetta ensimmäisen puolen vuoden aikana. Täysimetetyn lapsen kasvua, kehitystä ja hyvinvointia tulee kuitenkin

seurata tarkasti. Mikäli kasvussa, kehityksessä tai hyvinvoinnissa on ongelmia, aloitetaan kiinteät ruoat yksilöllisesti rintamaidon ohelle 4 - 6 kuukauden iässä. (Hasunen ym. 2004, 102-104.)

Merkittävä kansallinen imetyksen edistämistä ja tukemista käsittelevä toimintaohjelma laadittiin Kansanterveyslaitoksen (nykyinen Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos) ohjaamana. Vuosille 2009 - 2012 ajoitetun **Imetyksen edistäminen Suomessa -toimintaohjelman** tarkoituksena on ohjata tulevien vuosien imetystä edistävää toimintaa. Toimintaohjelma asettaa tavoitteet imetyksen tukemiseksi ja edistämiseksi terveydenhuollon eri osa-alueilla. Tavoitteita ovat muun muassa äitien imetystä koskevien tavoitteiden täyttyminen sekä tuen saannin varmistaminen ongelmatilanteissa. Toimintaohjelma esittää toimenpiteitä, joilla yhtenäisiä ja näyttöön perustuvia imetystä tukevia käytäntöjä sekä henkilökunnan osaamista voidaan tukea. Synnytyssairaaloiden osalta keskeiset toimenpiteet ovat Vauvamyönteisyysohjelman käyttöönotto, yhtenäisen ja näyttöön perustuvan imetysohjauksen ohjeistuksen laatiminen sekä tuen jatkuvuuden varmistaminen synnytyssairaalan ja neuvolan yhteistyötä lisäämällä. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 5-7.)

Imetysohjauksen sisällön yhtenäistämiseksi valmistui vuonna 2010 valtakunnallinen hoitotyön suositus **Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjauksesta**. Hoitotyön suosituksen tavoitteena on parantaa annettavan imetysohjauksen laatua ja yhtenäistää eri toimintayksikköjen ohjauskäytäntöjä erityisesti perusterveydenhuollossa ja sairaaloissa. Suosituksen hyödyntäminen käytännön imetysohjauksessa tukee yksilöllisen ja näyttöön perustuvan imetysohjauksen toteutumista. (Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä 2010, 15.)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema **Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma** vuosille 2007 - 2011 määrittelee imetyksen tukemisen yhdeksi synnytyksen jälkeisen hoidon kehittämisalueeksi. Toimintaohjelman tavoitteena on, että synnyttäneillä äideillä on riittävät tiedot ja taidot imetyksen onnistumiseksi sekä

myönteinen asenne imetystä kohtaan. Toimintaohjelma suosittelee kansainvälisen Vauvamyönteisysohjelman toimintaperiaatteiden käyttämistä synnytyssairaaloissa hoitokäytäntöjen kehittämisen pohjana. Toimintaohjelma asettaa tavoitteet henkilökunnan kouluttamiselle ja kannustaa yhteistyön kehittämiseen kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Lisäksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma ohjaa synnytyssairaaloita ja neuvoloita kehittämään sekä tiivistämään yhteistyötään ja sopimaan sairaalasta kotiutumisen jälkeen ilmaantuvien imetysongelmien ratkaisusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 88-89.)

Raskaana olevien ja synnyttäneiden äitien oikeus saada näyttöön perustuvaa neuvontaa sekä tarvitsemaansa tukea imetykseen liittyen huomioidaan myös **Valtioneuvoston neuvolatoimintaa käsittelevässä asetuksessa** (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338). Imetyksen tukemisen huomioiminen asetuksessa perustuu vahvaan näyttöön imetyksen terveyttä edistävästä vaikutuksista, imetyksen suurista aluekohtaisista eroista sekä Suomen muita Pohjoismaita huonommista imetystilastoista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 55).

### 2.3 Imetyksen toteutuminen

Suomessa niin perheet kuin imeväisikäisten lasten ja heidän perheidensä kanssa työskentelevät suhtautuvat positiivisesti imetykseen (Hannula 2003, 100). Perheet pitävät imetystä ja rintamaidon saantia tärkeinä imeväisikäiselle (Laanterä ym. 2010, 4). Positiivisesta suhtautumisesta huolimatta suuri osa äideistä ei saavuta tavoitteitaan imetyksen keston suhteen (Hannula 2003, 103; Declercq ym. 2009, 933).

Viimeisin valtakunnallinen selvitys suomalaisten imeväisikäisten ravitsemuksesta on tehty vuonna 2005. Lähes jokainen (>90%) vastasyntynyt saa rintamaitoa synnytyssairaalassa. Kuitenkin alle kuukauden ikäisten lasten täysimetys on vähentynyt, ollen 60%, ja lisämaidon antaminen riittävän ravinnon varmistamiseksi jo synnytyssairaalassa on yleistynyt. Lisämaidon antaminen jatkuu helposti

totuttuna tapana myös sairaalasta kotiutumisen jälkeen, ja varhainen pulloruokinta saattaa vaikeuttaa oikean imemistekniikan oppimista. Kuuden kuukauden täysimetyksen toteutuminen sekä imetyksen jatkaminen kiinteiden ruokien ohella ovat kaukana valtakunnallisista suosituksista. Täysimetettyjä puolivuotiaita on lapsista vain 1%, mutta osittain imetettyjä on kuitenkin 60%. Rintamaitoa saa 11 kuukautta täyttäneistä vielä joka kolmas (36%). Positiivisena tuloksena on havaittu aikaisempiin vuosiin verrattuna imetyksen lisääntyminen kaikissa ryhmissä alle kuukauden ikäisiä lapsia lukuun ottamatta. (Hasunen & Ryynänen 2006, 19-27.)

Imetystilastojen kansainvälinen vertailu eri maiden ja maanosien välillä on hankalaa toisistaan poikkeavien tilastointi- ja tutkimuskäytäntöjen vuoksi. Täysimetyksen ja osittaisimetyksen määritelmät saattavat vaihdella maiden välillä, eikä kaikissa maissa kerätä säännöllisiä tai virallisia tilastoja imetyksestä. Myös mahdollisten tutkimusten tuloksista tiedottaminen päättävälle elimille tai väestölle on puutteellista. (Cattaneo ym. 2005, 43.) Imetyksen toteutumista eri maissa on kuvattu taulukoissa 2 ja 3.

Taulukko 2. Imetyksen toteutuminen (Hasunen & Ryynänen 2006; Amir & Donath 2008; Øverby ym. 2008; Santini ym. 2008; Scientific Advisory Committee on Nutrition 2008; Socialstyrelsen 2008; Begley ym. 2009; Grummer-Strawn & Shealy 2009; Walburg ym. 2010).

	Syntymän jälkeen	Kotiutuessa - 1 vko	3 - 4 kk	6 kk
Suomi (2005)		93%	76%	60%
Ruotsi (2006)		98%		70%
Norja (2006-2007)		98%		80%
Saksa (2006)	96%		83%	
Ranska (2006)	67%		34%	
UK (2005)	76%			25%
Irlanti (2008)	55%		34%	
Italia (2003)		97%	71%	54%
USA (2005)	74%			
Australia (2004-2005)	88%		64%	50%



Taulukko 3. Täysimetyksen toteutuminen (Hasunen & Ryynänen 2006; Øverby ym. 2008; Santini ym. 2008; Scientific Advisory Committee on Nutrition 2008; Socialstyrelsen 2008; Begley ym. 2009; Grummer-Strawn & Shealy 2009).

	1vko - 1kk	3 - 4kk	6 kk
Suomi (2005)	60%	51%	1%
Ruotsi (2006)	88%		
Norja (2006-2007)	73%		9%
UK (2005)	45%		1%
Irlanti (2008)		19%	6%
Italia (2003)	74%	50%	10%
USA (2005)			12%

Ruotsin ja Norjan imeväisikäisten imetystilastot ovat kansainvälisesti vertailtuina korkeita. Monissa Pohjoismaissa ja erityisesti Ruotsissa on viimeisten kahden vuosikymmenen aikana panostettu onnistuneesti imetyksen tukemiseen niin synnytyssairaaloissa, äitiyshuollossa kuin lastensairaanhoidossakin. (Øverby ym. 2008, 16-17; Socialstyrelsen 2008, 14-15.) Ruotsalaisista imeväisikäisistä viikon iässä saa rintamaitoa melkein jokainen (98%) ja täysimetyksellä on neljä viidestä. Puolen vuoden iässä rintamaitoa saa lapsista vielä lähes 70%. (Socialstyrelsen 2008, 14-15.) Norjan imeväisikäisistä rintamaitoa saa viikon iässä myös 98% ja täysimetettyjä on kolme neljästä. Täysimetyksen määrä vähenee Norjassa jyrkästi mentäessä kohti kuuden kuukauden ikää. Kuuden kuukauden ikäisistä lapsista täysimetettyjä on 9%, kun rintamaitoa muun ravinnon ohella saa vielä suuri osa lapsista (80%). (Øverby ym. 2008, 16-17.)

Monessa muussa Euroopan maassa imetysluvut ovat Pohjoismaihin verrattuna matalia. Lähelle Pohjoismaiden tilannetta päästään kuitenkin esimerkiksi Italiassa ja Saksassa. (Santini ym. 2008, 616; Walburg ym. 2010, 112-113.) Saksassa lähes jokainen (96%) synnyttänyt äiti aloittaa imetyksen, ja kolmen kuukauden kuluttua neljä äitiä viidestä imettää edelleen (Walburg 2010, 112-113). Myös Italiassa imetyksen aloittaminen on erittäin yleistä (97%) synnyttäneiden äitien keskuudessa. Italialaisista vastasyntyneistä puolen vuoden kuluttua rintamaitoa saa vielä noin puolet

(54%) ja täysimetyksellä on joka kymmenes vastasyntyneistä. (Santini ym. 2008, 616.)

Imetyksen aloittaminen ei ole itsestäänselvyys muun muassa Iso-Britanniassa, Ranskassa tai Irlannissa. Isobritannialaisista naisista kolme neljästä aloittaa imetyksen synnytyksen jälkeen. Viikon iässä täysimetettyjä on hieman alle puolet (45%) vastasyntyneistä. Imetys vähenee Iso-Britanniassa nopeasti ensimmäisten elinviikkojen aikana. Kuuden kuukauden iässä täysimetyksellä on enää alle prosentti kaikista imeväisikäisistä ja rintamaitoa saa vain joka neljäs lapsista. (Scientific Advisory Committee on Nutrition 2008, 11, 38-39.) Iso-Britannian imetystilastot ovat kuitenkin parantuneet viimeisen vuosikymmenen aikana imetyksen tukemiseen kohdistuneen kehitystyön myötä (Agboado ym. 2010, 1). Ranskalaisista vastasyntyneistä kaksi kolmesta saa syntymän jälkeen oman äidin rintamaitoa. Kolmen kuukauden iässä rintamaitoa saa enää kolmasosa lapsista. (Walburg ym. 2010, 112-113.) Käsitellyistä Euroopan maista matalimmat imetystilastot löytyvät Irlannista. Irlannissa puolet synnyttäneistä äideistä (55%) aloittaa imetyksen. Imetyksen yleisyys vähenee Irlannissa muiden maiden tavoin lapsen kasvaessa. Kuuden kuukauden iässä lapsista täysimetettyjä on kuitenkin 6%. (Begley ym. 2009, 62, 72, 165.)

Imetyksen yleisyys on teollisuusmaissa vaihtelevaa myös maailmanlaajuisesti tarkasteltuna. Yhdysvalloissa kolme neljästä synnyttäneestä äidistä aloittaa imetyksen. Kuuden kuukauden iässä täysimetettyjä lapsia on lähes 12%, kun rintamaitoa saa hieman yli 40% lapsista. Aktiivinen imetyksen edistäminen on Yhdysvalloissa lisännyt imetys- ja täysimetysprosentteja. (Grummer-Strawn & Shealy 2009, S31-S32.) Australialaisista äideistä monet (88%) aloittavat imetyksen. Puolen vuoden kuluttua puolet lapsista saa vielä äidin rintamaitoa. (Amir & Donath 2008, 255.)

### 3 IMETYKSEN TUKEMINEN

#### SYNNYTYSSAIRAALASSA

Synnytyssairaaloiden antamalla ohjauksella ja hoitokäytännöillä on suuri merkitys imetyksen aloitukselle sekä kestolle. WHO:n ja UNICEF:in Vauvamyönteisyysohjelmaan perustuvan ohjauksen ja toiminnan avulla on saatu positiivisia tuloksia, jotka kannustavat suositusten mukaiseen täysimetykseen. (Hannula ym. 2008a, 1140; Abrahams & Labbok 2009, 5-6; Manganaro ym. 2009, 108-110; Dyson ym. 2010, 139-142.) Mitä useampi Vauvamyönteisyysohjelman osa-alue imettävän äidin kohdalla toteutuu, sitä paremmat edellytykset täysimetyksellä ja imetyksellä kiinteiden ruokien ohella on toteutua. (Chien ym. 2007, 1142-1143; Rivera-Lugo ym. 2007, 24; DiGirolamo ym. 2008, S48). Pelkkä synnytyssairaalan Vauvamyönteisyysohjelman mukainen toiminta ei kannusta kaikkia imettäviä äitejä jatkamaan imetystä suositusten mukaisesti. Tarvitaan myös muita menetelmiä imetyksen ja synnyttäneiden äitien tukemiseksi sairaalasta kotiutumisen jälkeen. (Bartington ym. 2006, 1183-1184.)

Hyvän ja tuloksellisen imetysohjauksen taustalla ovat synnytysyksikön työntekijöiden yhtenäiset ja ajankohtaiset tiedot sekä ohjauksekäytännöt (WHO 2003, 8; Cattaneo ym. 2005, 43; Hannula ym. 2005, 1710; Hannula ym. 2006b, 183; Nelson 2007, 32-35). Imetykseen liittyvän ohjauksen tulee olla saumattomasti yhteensopivaa synnyttäneiden äitien ja vastasyntyneiden hoitoketjuun liittyvien toimintayksiköiden välillä (WHO 2003, 17; Hannula ym. 2005, 1710). Terveystenhoitohenkilöstön antamat virheelliset tiedot sekä epäselvät ohjeet imetykseen liittyen voivat vaikuttaa negatiivisesti äitien imetyshalukkuuteen. Tiedolliset puutteet ovat ratkaistavissa esimerkiksi koulutuksen avulla. Virheelliset tiedot voivat kertoa myös henkilöstön kiinnostuksen ja motivaation puutteesta imetysohjausta kohtaan. (Hannula 2003, 109; Hannula 2006a, 15-16; Attard Montalto ym. 2010, e11-e12.) Toimintalähtöinen ja käytännön työhön läheisesti liittyvä imetysohjauskoulutus voi tehostaa henkilöstön sitoutumista ohjauksen kehittämiseen (Ekström ym. 2005, 429-430; Nelson 2007, 32-35). WHO:n ja UNICEF:in imetysohjaajakoulutuksella on todettu olevan imetystä tukeva vaikutus (Spiby ym. 2009, 60).

Imetyksen onnistumista tukevat muun muassa varhaisimetys synnytyksen jälkeen, riittävän pitkä sairaalassa oloaika sekä täysimetys kotiutumisvaiheessa (Manganaro ym. 2009, 108-110). Täysimetystä sairaalasta kotiutumisen jälkeen edesauttavat muun muassa täysimetys synnytyssairaalassa, riittävä tiedonsaanti sairaalassaoloaikana sekä kotiutumisen jälkeinen tarvittava tuki terveydenhuollolta (Asole ym. 2009, 335). Täysimetykseen ja imetyksen kestoon negatiivisesti vaikuttavat esimerkiksi lisämaidon antaminen sekä tutin käyttö (Pincombe ym. 2008, 59; Declercq ym. 2009, 931-933).

### 3.1 Imetyksen ensipäivät

Raskaana olevan naisen rinnat valmistautuvat imetykseen jo raskauden alkuvaiheista. Maidonerityksessä on havaittavissa kolme eri vaihetta, joiden aikana maidoneritys käynnistyy ja lopulta mukautuu vastasyntyneen tarpeita vastaavaksi. (Riordan 2005, 72-80.) Raskauden puolivälissä käynnistyy maidonerityksen ensimmäinen vaihe mahdollistaa pienien maitomäärien erittymisen jo ennen synnytystä (Riordan 2005, 72-76; Kent 2007, 565). Rintamaito on ensimmäisinä synnytyksen jälkeisinä päivinä kolostrumia eli ternimaitoa. Kolostrum on määrällisesti vähäistä, mutta sisältää runsaasti proteiineja, rasvaliukoisia vitamiineja sekä mineraaleja. (Lutz & Przytulski 2006, 227.)

Maidoneritys aktivoituu synnytystä seuraavista hormonaalisista muutoksista. Maidonerityksen toinen vaihe on varsinainen maidon nousu rintoihin. Tämä tapahtuu muutaman vuorokauden kuluttua synnytyksestä, keskimäärin 2 - 3 vuorokauden kuluttua. Maidonerityksen toisessa vaiheessa rintojen maitomäärä lisääntyy nopeasti muuttaen myös maidon koostumusta. (Riordan 2005, 72-76; Kent 2007, 565.) Kolostrum vaihtuu muuttuvaan äidinmaitoon, jota erittyy noin kaksi viikkoa synnytyksestä. Muuttuva äidinmaito sisältää laktoosia, rasvaa sekä vesiliukoisia vitamiineja yhtä paljon kuin myöhemmin erittyvässä kypsässä maidossa. (Lutz & Przytulski 2006, 227.) Maidonerityksen ensimmäinen ja toinen vaihe ovat hormonipitoisuuksien säätelmiä. Maidonerityksen toista vaihetta voi kuitenkin tehostaa tiheillä imetyksillä, jotka pitävät

maidoneritykseen tarvittavaa hormonipitoisuutta korkeana. (Riordan 2005, 72-76; Kent 2007, 565.)

Ensimmäisten vuorokausien aikana tapahtuu rintojen ja maidonerityksen lisäksi suuria muutoksia myös vastasyntyneen aktiivisuudessa ja imemishalukkuudessa rinnalla (Deufel & Montonen 2010, 429-430). Syntymän jälkeisen kahden tunnin aikana vastasyntynyt on virkeä, aktiivinen ja kiinnostunut imemään rinnalla (Riordan 2005, 186-187; Moore & Anderson 2007, 122). Tämän jälkeen vastasyntyneet yleensä väsyvät ja saattavat olla ensimmäisen vuorokauden uneliaita. Vastasyntyneiden imemistiheys rinnalla vaihtelee muutamasta kerrasta tiheäänkin imemiseen. Ensimmäisen syntymän jälkeisen vuorokauden lähestyessä loppuaan vastasyntynyt virkistyy ja voi viettää suurimman osan seuraavaa vuorokautta rinnalla imien. Tiheä imeminen mahdollistaa vastasyntyneen riittävän ravinnonsaannin sekä lisää synnyttäneen äidin maitomäärää vastasyntyneen tarpeita vastaavaksi. Monet äidit tulkitsevat toisen vuorokauden tiheän imemisen rintamaidon riittämättömyydeksi. Imeminen tasaantuu kuitenkin maidonnousun myötä. (Riordan 2005, 186-187; Deufel & Montonen 2010, 429-430.)

Maidonnousun ja maitomäärän vakiinnuttua rinnoista erittyy kypsää maitoa. Kypsän maidon koostumus mukautuu lapsen tarpeisiin. Rintamaidon koostumukseen vaikuttavat muun muassa lapsen ikä ja päivittäiset imetyskerrat. Myös imettävien äitien välillä on eroja rintamaidon koostumuksessa. (Lutz & Przytulski 2006, 227-228.) Maidonerityksen toisen vaiheen jälkeen maidon muodostuminen vaihtuu hormonipitoisuuksien säätelämästä rinnoissa tapahtuvaan paikalliseen maidonerityksen säätelyyn. Siitä eteenpäin rintojen tuottama maitomäärä on riippuvainen vastasyntyneen imemisestä ja maidon poistumisesta rinnoista. (Riordan 2005, 79-80.)

### 3.2 Imetysohjaus synnytyssairaalassa

Lyhentyneet sairaalassaoloajat synnytyksen jälkeen rajoittavat synnytyssairaalassa annettavan imetysohjauksen laajuutta. Kotiutumisvaiheessa riittävän tieto- ja taitomäärän sekä positiivisen

asenteen varmistaminen imettäville äideille edellyttää imetysohjauksen aloittamista jo raskausaikana. (Hannula ym. 2006b, 183; Hannula ym. 2008a, 1133; Järvenpää 2008, 1148.) Tällöin synnytyssairaaloiden on mahdollista antaa ohjausta ja neuvontaa imetyksen alkupäivinä sekä tukea ja kannustaa äitejä luottamaan omiin taitoihinsa sekä itseensä (Hannula ym. 2006b, 183; Hannula ym. 2008a, 1133; Järvenpää 2008, 1148; Oommen ym. 2010, 5-7).

Synnyttäneet äidit ovat osittain tyytyväisiä synnytyssairaalaan saamaansa imetysohjaukseen. Imettävät äidit kokevat kuitenkin saavansa liian vähän tukea imetykseen. (Hannula 2006a, 14-15.) Synnytyssairaaloiden henkilökunnan antamalla positiivisella sekä kannustavalla ohjauksella on erittäin tärkeä rooli imetyksen onnistumisessa. Positiivinen ja kannustava ohjaus vahvistaa imettävän äidin itseluottamusta ja ajatuksia imetyksestä. (WHO 2003, 8; Swanson & Power 2005, 279-280; Järvenpää 2008, 1148.) Imetyksen aloittamiseen ja jatkumiseen vaikuttavat voimakkaasti myös sosiaaliset, kulttuurilliset sekä taloudelliset tekijät (WHO 2003, 8; Swanson & Power 2005, 279-280; Rivera-Lugo ym. 2007, 24; Järvenpää 2008, 1148; Pincombe ym. 2008, 60).

Imetykseen ja sen onnistumiseen liittyy monia keskeisiä asioita niin imetysohjauksen sisällön kuin imetystä tukevien hoitokäytäntöjen näkökulmista (Philipp & Radford 2006, F147; ACOG 2007, 7S). Sairaaloissaoloaikana henkilökunnan tulee varmistaa, että synnyttäneellä äidillä ja perheellä on ennen kotiutumista riittävästi oikeaa ja ajantasaista tietoa imetyksen tueksi. Tarvittaessa imetyksen käynnistymiseen ja jatkumiseen liittyviä asioita tulee kerrata. (Philipp & Radford 2006, F147; ACOG 2007, 7S; Dyson ym. 2008, 8.) Imetystä tukevien hoitokäytäntöjen tarkoituksena on tukea imetyksen käynnistymistä ja jatkumista suositusten mukaisesti. Imetystä tukevat hoitokäytännöt ovat osa imetysohjausta. (Philipp & Radford 2006, F146; WHO & UNICEF 2009b, 1-4.)

### 3.2.1 Imetysohjauksen sisältö

Vastasyntyneen oikea imuote ja hyvä imemisasento ovat tärkeitä tekijöitä imetyksen onnistumisessa, sillä vastasyntyneen imuote vaikuttaa rinnasta

saatavaan maitomäärään (Cadwell 2007, 641). Oikean imuotteen ja imetysasennon löytämisessä imettävän äidin omatoimisuutta ja onnistumista tukee sanallinen, kuvaileva ja tarvittaessa havainnollistava ohjaustapa, niin sanottu hands off -tyyli (Dyson ym. 2010, 3). Äidin itsenäinen selviytyminen vastasyntyneen auttamisesta rinnalle hyvään imuotteeseen lisää imetyksen jatkumisen todennäköisyyttä myös kotona (McAllister ym. 2009, 4). Ohjauksen tai neuvonnan puute imetyksen perusasioissa voi johtaa äidin kielteiseen suhtautumiseen imetykseen (Ogbuanu ym. 2009, 275).

Rintojen tyhjentämisen ilman rintapumppua eli käsinlypsyn ohjaaminen kaikille imettäville äideille tukee selviytymistä imetyksen ongelmatilanteissa. Käsinlypsy voi auttaa esimerkiksi maidon pakkautuessa rintoihin. (Philipp & Radford 2006, F147; ACOG 2007, 7S.) Käsinlypsy on myös tärkeä imetyksen sekä maidonnousun ja maidon erittymisen ylläpitäjä, mikäli synnyttänyt äiti ja vastasyntynyt joutuvat olemaan erossa toisistaan tai imetys ei ole mahdollista (Philipp & Radford 2006, F147).

Imetyksen tukemiseksi ja vastasyntyneiden hyvinvoinnin turvaamiseksi perheiden on ennen kotiutumista tärkeää tietää vastasyntyneen riittävän maidonsaannin tunnusmerkit. Riittävästä maidonsaannista noin viikon iässä viestivät vähintään kuusi märkää pissavaippaa sekä muutamia kellertäviä ulosteita päivässä. (ACOG 2007, 7S.) Hyvävointinen vastasyntynyt imee rinnalla tehokkaasti ja hyvällä otteella sekä on tyytyväinen imetyksen jälkeen. Riittävästi maitoa saava vastasyntynyt on virkeä, hänen ihonsa on kimmoisa ja suun limakalvot ovat kosteat ja punaiset. Lisäksi vastasyntyneen syntymän jälkeinen painonlasku pysähtyy muutamassa päivässä ja paino saavuttaa uudelleen syntymäpainon noin kymmenen vuorokauden iässä. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 59.)

Synnytyssairaalassa annetusta ohjauksesta ja neuvonnasta huolimatta imetyksessä saattaa ilmetä ongelmia kotiutumisen jälkeen. Tiedot mahdollisista tahoista, joista apua voi etsiä ja saada ovat tärkeitä imetyksen jatkumisen kannalta. (Murray ym. 2007, 205; Dyson ym. 2010,

4.) Imetysohjauksen suuntaamisella koko perheelle voidaan tukea ongelmatilanteista selviämistä sekä imetyksen jatkumista kotona. Puolison myönteisellä suhtautumisella imetykseen on suuri vaikutus äidin mielipiteisiin ja valintoihin. (Swanson & Power 2005, 279-280.)

Imetysohjauksen vaikuttavuutta voidaan lisätä yhdistämällä erilaisia ohjausmenetelmiä, kuten kirjallisia ja visuaalisia ohjeita, käytännön neuvontaa sekä yksilö- ja ryhmäohjausta (Hannula ym. 2008a, 1141). Ohjausmenetelmien valinnassa tulee huomioida imettävien äitien ja perheiden yksilölliset tarpeet ja sen hetkinen tilanne. Ilman ohjauksen yksilöllistä kohdentamista imetysohjauksella ei välttämättä pystytä tukemaan imetyksen onnistumista ja jatkumista tai ohjauksella voidaan aiheuttaa jopa negatiivisia vaikutuksia. Tällainen imetysohjauksen menetelmä on esimerkiksi pelkkä käytännön ohjaus ilman imettävää äitiä kannustavaa ja tukevaa elementtiä. (Murray ym. 2007, 206; Hannula ym. 2008a, 1141.)

### 3.2.2 Imetystä tukevat hoitokäytännöt

Synnytyssairaaloiden hoitokäytännöt luovat pohjan imetykselle ja sen kestolle sekä vaikuttavat synnyttäneiden naisten asenteisiin imetystä kohtaan (Hannula ym. 2006b, 183; Declercq ym. 2009, 931-933). Vauvamyönteisyysohjelman suosittelimia hoitokäytäntöjä ovat varhaiskontakti ja ensi-imetys, ympärivuorokautinen vierihoito lapsivuodeosastolla, lisämaidon annon välttäminen muista kuin lääketieteellisistä syistä sekä huvitutin käytön välttäminen (Giovannini ym. 2005, 262; DiGirolamo ym. 2008, S46; WHO & UNICEF 2009b, 3). Näiden hoitokäytäntöjen on todettu tehostavan maidonnousua sekä vastasyntyneelle riittävän maitomäärän muodostumista rintoihin. Liian niukka maidoneritys on yksi tärkeimmistä syistä, joiden vuoksi imetys tai täysimetys lopetetaan suosituksia aiemmin. (Murray ym. 2007, 205, 209.)

Välitön syntymän jälkeinen äidin ja vastasyntyneen välinen ihokontakti eli **varhaiskontakti** antaa vastasyntyneelle luonnollisen mahdollisuuden ensi-imetykseen omien valmiuksien mukaan. Varhaiskontakti hyödyntää vastasyntyneen ensimmäisten elintuntien valpasta ja virkeää olotilaa.



(Philipp & Radford 2006, F147; Moore & Anderson 2007, 122.) Varhaiskontaktissa vastasyntynyt asetetaan pian syntymänsä jälkeen äidin paljaalle rintakehälle. Vastasyntynyt kuivataan huolellisesti ja peitellään kevyesti, mutta lämpimästi, jotta vastasyntynyt pystyy liikehtimään kohti äidin rintaa. Vastasyntyneen käsiä ei ole syytä pestä tai kuivata liian huolellisesti, sillä käsissä oleva lapsiveden tuoksu ohjaa vastasyntyntä kohti äidin rintaa ja ensi-imetystä. (Riordan 2005, 186-187.)

Vastasyntynyt valmistautuu **ensi-imetykseen** ryömimällä kohti äidin rintaa, hamuilemalla ja nuolemalla rinnanpäästä sekä lopulta tarttumalla rintaan hyvällä imuotteella (Riordan 2005, 186-188). Suurin osa terveistä vastasyntyneistä löytää itsenäisesti äidin rinnanpään, mikäli he saavat olla häiriöttömässä ihokontaktissa vähintään ensimmäisen tunnin ajan syntymästä (Forster & McLachlan 2007, 276). Vastasyntynyt on aktiivisimmillaan noin kahden tunnin ajan syntymästä, jonka jälkeen seuraa uneliaampi vaihe. Ensi-imetyksen onnistumista voivat vaikeuttaa äidin syntymän aikainen kivunlievitys, kuten epiduraalipuudutus, imukuppisynnytykset, keisarileikkaus sekä vastasyntyneen nenän ja nielun imeminen. (Riordan 2005, 186-188.)

Mitä pidempi syntymän jälkeinen ihokontakti on, sitä parempi todennäköisyys on täysimetyksen toteutumiselle synnytyssairaalassa (Bramson ym. 2010, 135). Varhaiskontakti ja sen mahdollistama ensi-imetys tukevat ja tehostavat maidonnousua ensimmäisinä synnytyksen jälkeisinä päivinä (Bystrova 2008, 54). Ensi-imetyksen vaikutuksista imetyksen jatkumiselle kotiutumisen jälkeen on ristiriitaisia tuloksia (Moore & Anderson 2007, Moore ym. 2009, 6-7; 121; Agboado ym. 2010, 8.)

Ensi-imetys voi onnistua ilman ulkopuolista apua vastasyntyneen löytäessä omatoimisesti optimaalisen imuotteen (Forster & McLachlan 2007, 276; Moore ym. 2009, 7). Lyhytaikainenkin keskeytys varhaiskontaktissa voi häiritä tätä prosessia. Yleisimpiä varhaiskontaktin toteutumista häiritseviä toimenpiteitä ovat K-vitamiinin antaminen vastasyntyneelle, kylvetys sekä vastasyntyneen lämpötilaan vaikuttaminen esimerkiksi kapaloiden avulla. (Forster & McLachlan 2007, 276.) Vastasyntyneen pakottaminen rinnalle ennen hänen imemisvalmiuttaan

voi aiheuttaa ongelmia hamuilurefleksissä sekä rinnan imemisessä (Auerbach 2000, 206).

Varhaiskontaktilla on imetyksen onnistumisen lisäksi positiivisia vaikutuksia vastasyntyneen sopeutumiselle kohdun ulkopuoliseen elämään. Äidin tuottama lämpö auttaa vastasyntyntä ylläpitämään optimaalista kehon lämpötilaa. (Gartner ym. 2005, 499; Riordan 2005, 186-187; Bystrova 2008, 47.) Ihokontakti auttaa vastasyntyneen verensokeritasapainon säätelyssä sekä tasoittaa pulssia ja hengitysfrekvenssiä erityisesti ennenaikaisilla vastasyntyneillä. Äidin paljasta ihoa vasten olevat vastasyntyneet pysyvät aktiivisina ja rauhallisempina kuin äideistä erossa olevat. (Riordan 2005, 186-187; Moore ym. 2009, 11.)

Äidin ja vastasyntyneen varhaiskontakti ei aina ole mahdollista välittömästi syntymän jälkeen esimerkiksi keisarileikkauksen vuoksi. Vastasyntyneen hyvinvointia ja ensi-imetyksen onnistumisen todennäköisyyttä voidaan tällöin tukea isän ja vastasyntyneen välisellä ihokontaktilla. Isänsä rinnalla ihokontaktissa olevat vastasyntyneet ovat rauhallisempia ja tyytyväisempiä kuin vauvansängyssä olevat vastasyntyneet. Ihokontakti isän kanssa tukee myös vastasyntyneen aktiivisuutta ja imemistaitoja rinnalla, kun ensi-imetys on mahdollinen. (Erlandsson ym. 2007, 109-113.)

**Ympäri vuorokautinen vierihoito** edesauttaa äidin mahdollisuuksia vastata vastasyntyneensä tarpeisiin tukien imetyksen käynnistymistä ja jatkumista (ACOG 2007, 6S; DiGirolamo ym. 2008, S47-S48). Ympäri vuorokautinen vierihoito ei tutkimuksissa ole noussut merkittäväksi imetystä edistäväksi hoitokäytännöksi, mutta sen positiiviset vaikutukset yhdistyvät muihin käytäntöihin, kuten lapsentahtiseen imetykseen. Mikäli ympäri vuorokautinen vierihoito ei ole mahdollista synnyttäneen äidin tai vastasyntyneen voinnista johtuen, on imetyksen kannalta tärkeää tukea imetyksen toteutumista myös öisin. (DiGirolamo ym. 2008, S47-S48.)

**Lapsentahtinen imetys** ohjaa seuraamaan vastasyntyneen varhaisia nälkäviestejä ja vastaamaan niihin mahdollisimman nopeasti. Varhaisia nälkäviestejä ovat muun muassa lisääntynyt aktiivisuus, pään kääntäminen puolelta toiselle, hamuilu ja käden vieminen suuhun.

(Gartner ym. 2005, 499; Forster & McLachlan 2007, 277.) Vastasyntyneiden maidontarve sekä imemisvälit vaihtelevat ruokakerrasta ja vuorokaudesta toiseen, minkä vuoksi tarkkaa ruokailurytmiä ei ole. Myös rintamaidon määrä ja rasvapitoisuus vaihtelevat eri vuorokaudenaikoina. (Forster & McLachlan 2007, 277.) Imetyksen ensiviikkoina maidonerityksen käynnistymiseksi sekä vakiintumiseksi vastasyntyneen olisi hyvä imeä rinnalla 8 - 12 kertaa vuorokaudessa (Gartner ym. 2005, 499). Sairaalarutiinit, kuten vastasyntyneen tarkastaminen tai hoitaminen muualla kuin äitinsä vieressä, voivat viivästyttää imetyksen alkua ja johtaa vastasyntyneen tarpeita harvempiin imetyskertoihin. Pitkät viivästykset tai häiriöt ja keskeytykset imetyksen aikana voivat altistaa vastasyntyneen elimistön kuivumiselle liian vähäisen maitomäärän saannin vuoksi. (Auerbach 2000, 206.)

Imetyksen onnistumista voidaan synnytyssairaalassa tukea lisäksi **välttämällä huvituttien ja tuttipullojen käyttöä tai lisämaidon antamista** vastasyntyneille ilman lääketieteellistä syytä. Liian varhainen huvitutin käyttö voi toisilla vastasyntyneillä johtaa huonoon imuotteeseen rinnalla. Huono imuote voi vaikuttaa maidoneritykseen ja imetykseen, imettävän äidin rintojen kuntoon sekä vastasyntyneen kasvuun ja kehitykseen. (Gartner ym. 2005, 499; ACOG 2007, 10S; Agboado ym. 2010, 8.) Huvitutin käyttö saattaa estää maitomäärän lisääntymistä rinnoissa vastasyntyneen tarpeita vastaavaksi, kun rintoihin ei tule imemisen aiheuttamaa stimulaatiota (Auerbach 2000, 206). Tuttipullon imeminen tapahtuu huvitutin tavoin erilaisella tekniikalla kuin rinnasta imeminen (Moral ym. 2010, 5-7). Tuttipullon käytön on todettu lyhentävän imetyksen kestoa (Howard ym. 2003, 514-516).

Lähes jokainen vastasyntynyt saa synnytyssairaalassa oman äidin rintamaitoa (Hannula 2003, 68; Erkkola ym. 2006, 5030-5031). Vastasyntyneistä lisämaitoa saa sairaalassa ollessaan kuitenkin noin kolme neljästä. Lisämaito on yleensä joko luovutettua rintamaitoa tai äidinmaidonkorviketta. Lisämaidon käytön yleisyys on pysynyt samanlaisena viime vuosikymmenten aikana imetysohjauksen ja vauvamyönteisyyden lisääntymisestä huolimatta. (Hasunen & Ryynänen 2006, 26-27; Erkkola ym. 2006, 5030-5031; Hannula ym. 2006b, 180;

Hannula ym. 2008b, 16.) Kaikki lisämaitoa saavat vastasyntyneet eivät tarvitse sitä yhtä paljoa. Osa vastasyntyneistä saa lisämaitoa vain kerran tai kaksi sairaalassa ollessaan, osa lähes joka syötöllä. Kotiutuuessa yli puolet vastasyntyneistä selviää pelkällä oman äidin rintamaidolla. (Hannula ym. 2006a, 14.)

Lisämaidon käyttö synnytyssairaaloissa vaihtelee suuresti sekä Suomessa että muissa maissa. Erot ilmenevät alueellisessa, synnytyssairaaloiden välisessä sekä jopa synnytyssairaaloiden eri yksiköiden välisessä tarkastelussa. (Hasunen & Rynänen 2006, 26-27; Erkkola ym. 2006, 5030-5031; Hannula ym. 2008b, 16; Manganaro ym. 2009, 107-108.) Suosituksista huolimatta lisämaidon käytön perusteena ovat harvemmin lääketieteelliset kuin muut syyt, kuten vanhempien toive tai hoitajan päätös (Giovannini ym. 2005, 264; Hannula ym. 2008b, 16-17).

WHO ja UNICEF ovat määritelleet lääketieteellisesti hyväksytyjä syitä lisämaidon käytölle. Hyväksytyjä syitä ovat esimerkiksi lisämaidon käyttö hyvin pienipainoisina tai hyvin ennenaikaisina syntyneillä (<1500g tai <32 raskausviikkoa) tai vaikeasta synnytyksen aikaisesta hapenpuutteesta kärsineillä vastasyntyneillä. Lisämaitoa voivat tarvita myös raskauden keston nähdessä pienipainoiset, sairast ja diabeetikkoäitien vastasyntyneet sekä vastasyntyneet, joiden verensokeritaso ei pysy normaalina tehostetusta imetyksestä tai oman äidin rintamaidon saannista huolimatta. Eräät vastasyntyneiden sairaudet, kuten fenyyliketonuria, tai äidin sairaudet ja lääkitykset voivat rajoittaa tai estää imetystä, jolloin lisämaitoa tarvitaan. (WHO & UNICEF 2009a, 7-9.)

Lisämaidon käytön on todettu olevan yhteydessä lyhyempään täysimetykseen ja imetykseen äidinmaidonkorvikkeen tai muiden lisäruokien rinnalla (Howard ym. 2003, 515; Giovannini ym. 2005, 262-263; Hasunen & Rynänen 2006, 27; Erkkola ym. 2006, 5029-5031; McAllister ym. 2009, 5; Agboado ym. 2010, 8). Lisämaidon antamisen todennäköisyyttä synnytyssairaalassa lisäävät keisarileikkaus ja osittainen vierihoito. Lisämaidon saaminen jo synnytyssairaalassa on yksi selvimmistä tekijöistä, joka voi johtaa imetyksen lopettamiseen ensimmäisen kuukauden aikana. (Asole ym. 2009, 335-338.)

### 3.3 Imetysohjauksen toimintasuunnitelma imetysohjauksen perustana

Vauvamyönteisyysohjelman ensimmäinen askel edellyttää synnytysairaaloita laatimaan koko henkilökuntaa koskevan kirjallisen imetyksen edistämisen toimintasuunnitelman. Kirjallinen toimintasuunnitelma selvittää, miten Vauvamyönteisyysohjelman Kymmenen askelta yksiköissä toteutuvat ja toimivat henkilökunnan työskentelyn perustana. (WHO & UNICEF 2009b, 32.) Koko henkilökunnan ja organisaation sekä yksikön johdon tulisi sitoutua työskentelemään suunnitelman mukaisesti ottaen toimintakäytännöt osaksi jokapäiväistä toimintaa (WHO & UNICEF 2009c, 214).

Kirjallisen imetyksen edistämisen toimintasuunnitelman tulee olla asiakkaiden nähtävillä yksiköiden tiloissa (WHO & UNICEF 2009b, 32). Tällöin asiakkaat tietävät hoidon ja ohjauksen perusteet, ja voivat hyödyntää paremmin henkilökunnan antamaa ohjausta sekä neuvontaa lyhyen sairaalassaolon aikana (WHO & UNICEF 2009c, 214). Toimintasuunnitelmassa tulee huomioida Kymmenen askeleen lisäksi myös muut Kymmenen askeleen ulkopuolelle jäävät imetystä tukevat tekijät toimintayksiköissä (WHO & UNICEF 2009b, 32). Synnytysyksiköiden kirjallisen imetyksen edistämisen toimintasuunnitelman on todettu tukevan toimivan ja tuloksellisen imetysohjauksen toteutumista (Rosenberg ym. 2008, 113). Imetysohjauksen toimintasuunnitelma edistää myös täysimetystä (Hannula ym. 2006b, 180).

## 4 IMETYSOHJAUKSEN KEHITTÄMISPROJEKTIN

### TAVOITTEET JA TOTEUTUS

#### 4.1 Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytysten tuloksikkoo kehittämiprojektin ympäristönä

Kanta-Hämeen keskussairaala on osa 11 jäsenkunnan muodostamaa Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymää. Asukkaita kuntayhtymän

alueella on noin 174 000. Kanta-Hämeen keskussairaala toimii kahdessa eri yksikössä, Hämeenlinnassa ja Riihimäellä. (Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2011.) Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin tarkoituksena on tuottaa ja kehittää turvallista sekä korkealaatuista erikoissairaanhoitoa ja siihen liittyviä palveluja. Sairaanhoitopiirin strategia sisältää tavoitteet väestön terveyden ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Tavoitteet pyritään saavuttamaan muun muassa lisäämällä henkilökunnan osaamista. (Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2010, 4-11.)

Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikkö vastaa synnytystoiminnan järjestämisestä sairaanhoitopiirin alueella. Hämeenlinnan yksikössä toimivat äitiyspoliklinikka, synnytysali sekä synnytysvuodeosasto. Äitiyspoliklinikkatoimintaa järjestetään sairaanhoitopiirin alueella lisäksi Forssan aluesairaalassa. Synnytystoimintaan liittyy läheisesti vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosasto, joka vastaa tehohoitoa ja valvontaa vaativien vastasyntyneiden hoidosta. Kanta-Hämeen keskussairaala tekee yhteistyötä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuuluvan Tampereen yliopistollisen sairaalan kanssa, jonne lähetetään esimerkiksi ennen 32. raskausviikon täyttymistä synnyttävät naiset. (Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2011.)

Raskaana oleville sekä synnyttäneille äideille perheineen pyritään Kanta-Hämeen keskussairaalassa tarjoamaan yksilöllistä ja turvallista hoitoa sekä mahdollisuutta vaikuttaa hoitoratkaisuihin. Perheille tarjotaan ohjausta, neuvontaa sekä rohkaisua niin vastasyntyneen hoidossa kuin imetyksessäkin. (Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2011.)

#### 4.2 Kehittämisprojektin tausta ja tarve

Kehittämisprojekti sai alkunsa Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytysten tulosityksikön tarpeesta kehittää imetysohjaustaan kohti Imetyksen edistäminen Suomessa -toimintaohjelman (kts. kappale 2.2.2) suosituksia. Vauvamyönteisyysohjelman ensimmäisenä askeleena ohjeistetaan synnytysyksiköitä laatimaan koko henkilökunnan tuntema kirjallinen toimintasuunnitelma imetyksen edistämiseksi.

Toimintasuunnitelma on tehty yli 80 %:ssa Suomen synnytyssairaaloista. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 49, 112-113.)

Kehittämiprojektin käynnistyessä Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytysten tulosityksiköllä ei ollut kirjallista toimintasuunnitelmaa imetyksen edistämisestä ja imetysohjauksen toteuttamisesta. Synnytysten tulosityksikön osastoilla oli edeltävien vuosien aikana panostettu imetysohjauksen kehittämiseen muun muassa henkilökunnan koulutuksen avulla, mutta imetysohjauksen toimintasuunnitelma oli vielä idea-asteella. Näyttöön perustuvan imetysohjauksen varmistaminen synnytyssairaaloissa sekä imetysohjauksen kehittäminen ovat oleellisia keinoja imetyksen edistämiseksi, sillä synnytyssairaaloiden imetysohjaus ja hoitokäytännöt vaikuttavat suuresti imetyksen aloittamiseen sekä imetyksen kestoon (Hannula ym. 2008a, 1140; Manganaro ym. 2009, 108-110).

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä oli syksystä 2009 alkaen ollut käynnissä hanke potilasohjauksen kehittämisen tueksi. Potilasohjaushankkeen taustalla olivat terveyden edistämiseen liittyvät lait ja kansalliset ohjelmat sekä sairaanhoitopiirissä toteutetut selvitykset, kartoitukset ja asiakaspalautteet. Sairaanhoitopiirissä oli kerättyyn aineistoon liittyen havaittu tarve potilasohjauksen kehittämiseen. Potilasohjaushankkeen tavoitteina olivat muun muassa potilasohjeiden yhtenäistäminen, selkiyttäminen sekä päivittäminen näyttöön perustuvan tiedon mukaiseksi. Lisäksi hankkeella pyrittiin mahdollistamaan potilasohjauksen kehittämistoiminnan jatkuvuus. (Hietasola-Husu 2009, 3-4.) Imetyksellä pystytään vaikuttamaan monin eri tavoin äidin ja vastasyntyneen terveyteen. Tämä korostaa imetysohjauksen merkitystä väestön terveyden edistämisessä. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 28.) Kehittämiprojekti oli synnytysten tulosityksikön osastoilla itsenäinen jatke käynnissä olleelle Potilasohjaushankkeelle.

### 4.3 Kehittämiprojektin tavoitteet

Kehittämiprojektin pitkän aikavälin kehitystavoitteena oli varmistaa laadukkaan ja yksilöllisen imetysohjauksen ja -neuvonnan toteutuminen Kanta-Hämeen keskussairaalassa.

Kehittämiprojektin tavoitteena oli

- kartoittaa, miten imetysohjauksen toimintasuunnitelmaan liittyvät ohjauksen osa-alueet toteutuivat käytännön toiminnassa
- laatia Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytysten tulosityksikölle imetysohjauksen toimintasuunnitelma

Kehittämiprojektilla pyrittiin imetysohjaus- ja toimintakäytäntöjen yhtenäistämisen avulla tukemaan imetyksen onnistumista ja perheiden hyvinvointia niin synnytysairaalassa kuin kotiutumisen jälkeen.

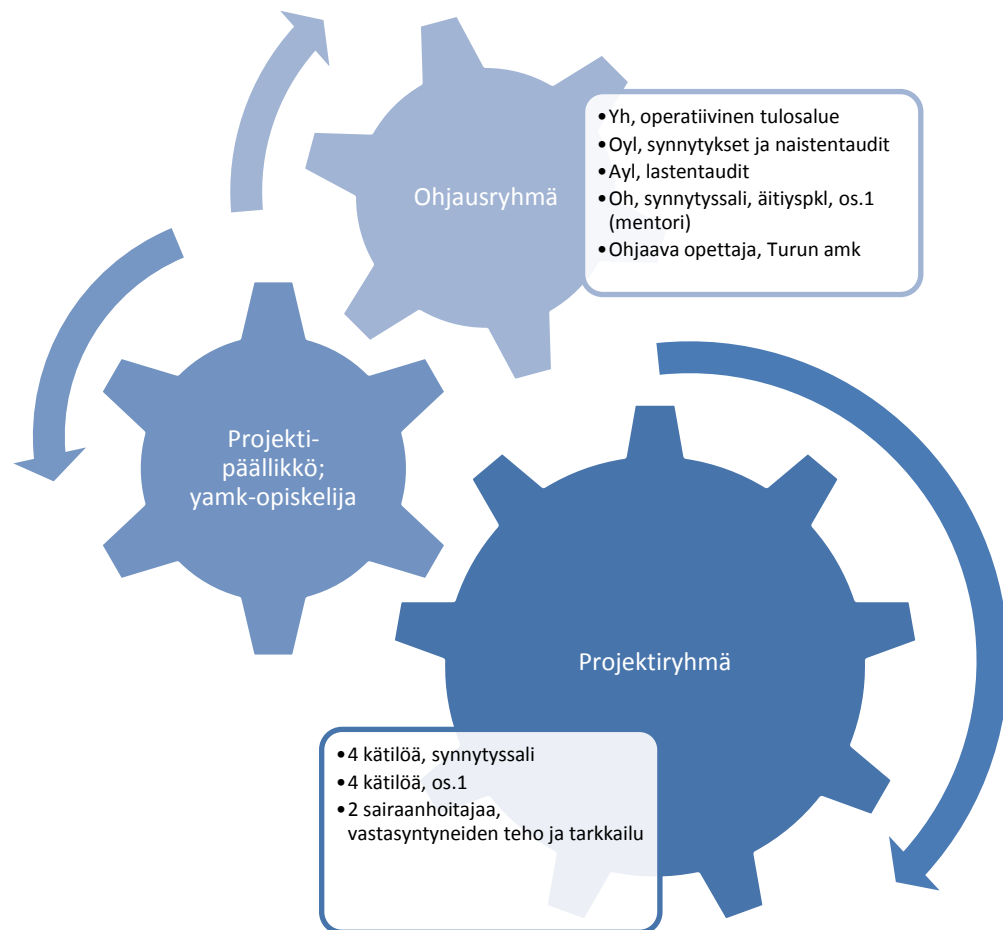
### 4.4 Kehittämiprojektin toteutus

Kehittämiprojektin idea nousi keväällä 2010 synnytysten tulosityksikössä havaituista kehittämistarpeista sekä Imetyksen edistäminen Suomessa -toimintaohjelmassa annetuista suosituksista (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 104). Projekti-ideaa työstettiin kehittämisosastojen osastonhoitajan kanssa. Tavoitteena oli saavuttaa mahdollisimman hyvin osastojen tarpeita vastaavia tuloksia. Kesällä 2010 kehittämiprojekti eteni projektipäällikön toteuttamalla esiselvitysvaiheella. Esiselvitys raportoitiin Turun ammattikorkeakoulun seminaarissa ja esiteltiin kehittämisosastojen osastonhoitajalle elokuussa 2010. Tulevasta kehittämiprojektista informoitiin henkilökuntaa osastojen seinille laitetuilla ilmoituksilla.

Kehittämiprojekti jatkui projektiorganisaation muodostamisella sekä projektisuunnitelman laatimisella syksyllä 2010. Projektiorganisaatio (kuvi 2) koostui projektipäälliköstä, projektiryhmästä sekä ohjausryhmästä. Kehittämishankkeen projektipäällikkönä toimi opinnäytetyön tekijä. Projektiryhmän muodostivat projektipäällikkö sekä edustajat vastasyntyneiden ja heidän perheidensä hoitoon osallistuvilta osastoilta. Projektiryhmässä oli kymmenen edustajaa kolmelta eri osastolta.

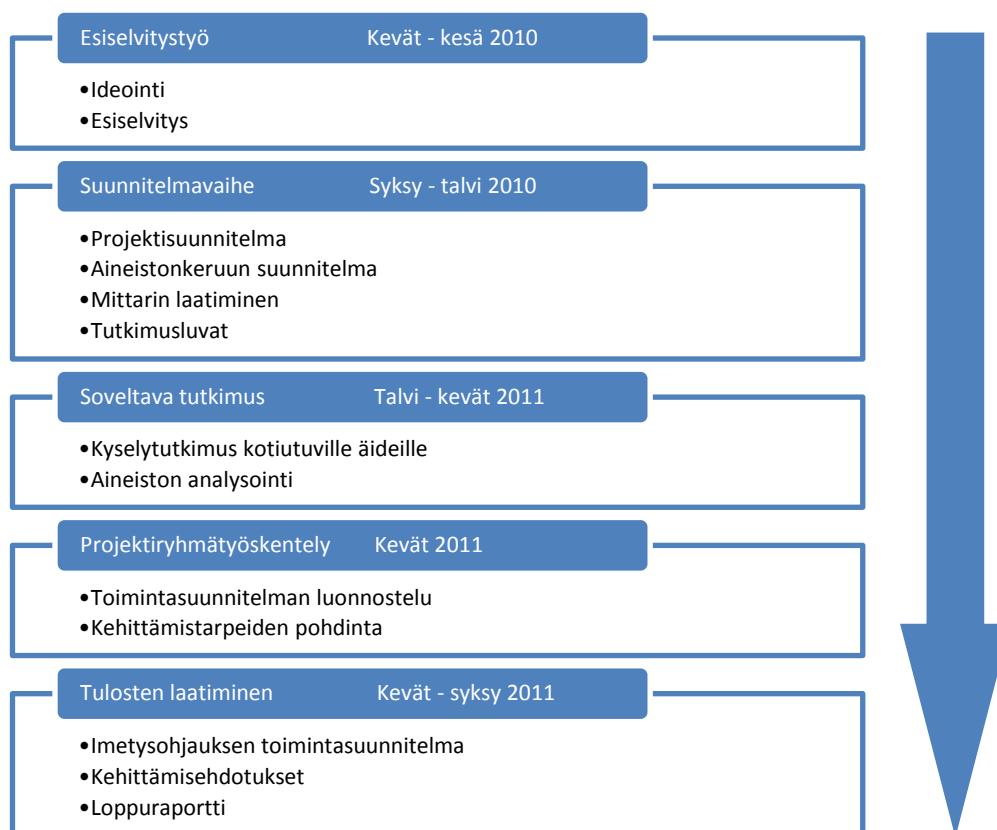


Ohjausryhmään osallistuivat projektipäällikkö, tulosalueen ylihoitaja, osastonylilääkäri synnytysten erikoisalalta, apulaisylilääkäri lastentautien erikoisalalta sekä kehittämisosastojen osastonhoitaja, joka toimi myös opinnäytetyön mentorina. Lisäksi ohjausryhmään kuului opinnäytetyön ohjaava opettaja Turun ammattikorkeakoulusta.



Kuvio 2. Projektioorganisaatio.

Projektisuunnitelma esiteltiin loka-marraskuussa 2010 Turun ammattikorkeakoulun seminaarissa sekä ohjausryhmän kokouksessa. Suunnitelma projektin toteutuksesta on esitetty kuviossa 3. Projektisuunnitelman hyväksymisen jälkeen käynnistettiin kehittämisprojektin käytännön toteutus.



Kuvio 3. Kehittämiprojektin toteutussuunnitelma.

Kehittämiprojekti eteni suunnitelmien mukaisesti. Kehittämiprojektiin liittynyt soveltava tutkimus toteutettiin asiakaskyselynä synnyttäneille äideille ennen synnytyssairaalasta kotiutumista helmi-maaliskuun aikana 2011. Imetysohjauksen toimintasuunnitelman laatimisessa ja imetysohjauksen kehittämistarpeiden tunnistamisessa hyödynnettiin projektiryhmän jäsenten asiantuntijuutta sekä soveltavan tutkimuksen tuloksia. Tutkimustulokset sekä imetysohjauksen toimintasuunnitelman luonnos esiteltiin kehittämisprojektin ohjausryhmälle sekä kehittämisosastojen henkilökunnalle kesäkuussa 2011. Kehittämisprojektin loppuraportti valmistui syksyllä 2011 ja esiteltiin Turun ammattikorkeakoulun seminaarissa lokakuussa 2011. Vastuu imetysohjauksen toimintasuunnitelman implementoinnista ja imetysohjauksen kehittämisestä siirtyi kehittämisprojektin päättymisen jälkeen kehittämisosastojen johdolle. Toimintasuunnitelman implementointi käynnistyi lokakuussa 2011.

## 5 IMETYSOHJAUKSEN TOTEUTUMINEN KANTA-HÄMEEN KESKUSSAIRAALASSA

### 5.1 Soveltavan tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Kehittämishankkeissa soveltavan tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa, miten imetysohjauksen toimintasuunnitelmaan liittyvät ohjauksen osa-alueet toteutuivat käytännön toiminnassa. Kartoittavalla tutkimuksella voidaan selvittää vähän tunnettuja ilmiöitä sekä etsiä uusia näkökulmia (Hirsjärvi ym. 2007, 134; Vilkkä 2007, 20). Kartoittavaa tutkimusta käytetään usein esitutkimuksena pyrittäessä löytämään ilmiötä selittäviä tekijöitä (Heikkilä 2008, 14). Soveltavan tutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa mahdolliset kehittämistarpeet imetysohjauksessa ja -neuvonnassa sekä hoitokäytännöissä.

Aineiston keruuta ohjannut kysymys:

Miten imetysohjauksen toimintasuunnitelmaan liittyvät ohjauksen osa-alueet toteutuvat Kanta-Hämeen keskussairaalassa synnyttäneiden äitien näkökulmasta?

### 5.2 Tutkimusmenetelmä

Kehittämishankkeen soveltavan tutkimuksen lähestymistapa oli kvantitatiivinen. Kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimuksella pyritään löytämään aineistosta säännönmukaisuuksia, jotka pohjautuvat teorian tietoon (Hirsjärvi ym. 2007, 136; Vilkkä 2007, 25). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostuvat lukumääriin ja prosentteihin liittyvät kysymykset, tutkimusaineiston valinta otannan avulla sekä aineiston käsittely ja analysointi tilastollisten menetelmien avulla (Hirsjärvi ym. 2007, 136; Heikkilä 2008, 16). Soveltavan tutkimuksen menetelmäksi valittiin survey-tutkimus. Survey-tutkimus perustuu suunnitelmalliseen aineiston keräämiseen strukturoiduilla lomakkeilla (Holopainen & Pulkkinen 2008, 21; Maltby ym. 2010, 107-108).

Aineiston hankinnassa käytettiin strukturoitua kyselylomaketta (LIITE 1). Kyselylomakkeen avulla kaikille vastaajille esitetään samat kysymykset täsmälleen samalla tavalla (Hirsjärvi ym. 2007, 188). Kyselylomaketta käytetään usein ihmisten sekä heidän mielipiteidensä ja ominaisuuksiensa selvittämiseen, ja sillä on mahdollista saada helposti ja nopeasti tietoa suurelta vastaajajoukosta. Menetelmän ongelmana on vastausten hidas palautuminen ja suuri kato. (Vilkkä 2007, 26-28.) Kyselylomake sisältöineen on yksi tärkeimmistä kyselyn onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä (Vehkalahti 2008, 20). Kyselylomake pohjautui WHO:n laatimaan kyselylomakkeeseen (WHO & UNICEF 2009b, 59-69) ja kehittämisprojektin esiselvitykseen. WHO:n alkuperäislomakkeen avulla synnytyssairaalat voivat tarkastella Vauvamyönteisyysohjelman Kymmenen askeleen toteutumista omissa toimintayksiköissään.

Taulukko 4. Esimerkkejä kysymysten laadinnasta.

Alkuperäinen kysymys	Muokattu kysymys
<p>How long after birth did you first hold your baby?</p> <p><input type="checkbox"/> Immediately      <input type="checkbox"/> Within five minutes</p> <p><input type="checkbox"/> Within half an hour    <input type="checkbox"/> Within an hour</p> <p><input type="checkbox"/> As soon as I was able to respond (after C-section with general anaesthesia)</p> <p><input type="checkbox"/> Other: (how long after birth?) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Can't remember      <input type="checkbox"/> Have not held yet</p> <p>© WHO</p>	<p><b>Saitko lapsesi synnytyksen jälkeen ensimmäisen kerran syliisi</b></p> <p><input type="checkbox"/> heti tai ensimmäisten minuuttien aikana</p> <p><input type="checkbox"/> tunnin sisällä syntymästä</p> <p><input type="checkbox"/> myöhemmin, milloin? _____</p> <p><input type="checkbox"/> vuodeosastolle siirtymisen jälkeen</p>
<p>Has your baby been given anything other than breast milk since it was born?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes      <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> Don't know</p> <p>If yes, what was given? <i>[tick all that apply]</i></p> <p><input type="checkbox"/> Infant formula</p> <p><input type="checkbox"/> Water or sugar water</p> <p><input type="checkbox"/> Other fluids (please tell us what): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Don't know</p> <p>© WHO</p>	<p><b>Saiko lapsesi synnytyssalissa tai lapsivuodeosastolla rintamaitoa lukuun ottamatta (voit valita useamman vaihtoehdon)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Luovutettua äidinmaitoa</p> <p><input type="checkbox"/> Äidinmaidonkorviketta</p> <p><input type="checkbox"/> Jotain muuta, mitä? _____</p>

Kyselylomakkeen laatiminen aloitettiin kääntämällä alkuperäislomake suomeksi. Sanatarkkaan vastaavuuteen ei pyritty. Muutamia alkuperäisiä kysymyksiä poistettiin tai kysymysten vastausvaihtoehtoja muokattiin. Muutoksilla pyrittiin vastaamaan paremmin aineiston keruun tarpeisiin. Kyselylomakkeeseen lisättiin seitsemän uutta kysymystä. Muokattujen ja käännettyjen kysymysten karkea sisällöllinen vastaavuus alkuperäisten kysymysten kanssa varmistettiin vertaamalla kyselylomakkeita keskenään. Kyselylomakkeen laatimisesta ja muokkaamisesta vastasi

projektipäällikkö. Esimerkkejä alkuperäisestä kyselylomakkeesta muokatuista kysymyksistä on esitetty taulukossa 4.

Kyselylomake oli jaettu viiteen kronologisesti etenevään kokonaisuuteen:

- odotusaika
- synnytys
- ensimmäiset tunnit synnytyksen jälkeen
- synnytysvuodeosastolla
- kotiinlähöpäivänä

Kyselylomake koostui viidestä taustakysymyksestä sekä 25 strukturoidusta kysymyksestä valmiine vastausvaihtoehtoineen. Valmiit vastausvaihtoehdot helpottavat tietojen käsittelyä, mutta voivat estää tärkeän tiedon esilletulon (Vehkalahti 2008, 25). Tästä syystä osassa kysymyksiä valmiiden vastausvaihtoehtojen lisäksi oli avoin vaihtoehto. Avoimia vastausvaihtoehtoja voidaan käyttää tilanteissa, jolloin kaikkia vastausvaihtoehtoja ei haluta tai voida luetella (Vehkalahti 2008, 25; Maltby ym. 2010, 110) tai pyrittäessä saamaan esille näkökulmia, joita kyselyä laadittaessa ei ole osattu huomioida (Hirsjärvi ym. 2007, 194; Heikkilä 2008, 52). Kysymykset olivat mittaustasoltaan luokittelu- ja järjestysasteikollisia osaa taustatietoja käsittelevistä kysymyksistä lukuun ottamatta. Nämä kysymykset olivat mittaustasoltaan suhdeasteikollisia. Mittaustaso rajoittaa aineiston analysointimahdollisuuksia, eikä mittaustason nostaminen ole enää mahdollista kyselyn suorittamisen jälkeen (Vehkalahti 2008, 27; Nummenmaa 2009, 46-47).

Kyselylomakkeen käytölle saatiin kehittämisprojektin ohjausryhmän hyväksyntä lokakuussa 2010. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta antoi puoltavan lausunnon (4.1.2011) kyselyn suorittamiselle. Tutkimuslupa (12.1.2011) saatiin Kanta-Hämeen keskussairaalan operatiivisen tulosalueen ylihoitajalta. Kyselylomake esiteltiin tutkimusluvan saannin jälkeen. Kyselylomakkeen esitestauksella arvioidaan mittarin ja ohjeiden selkeyttä ja toimivuutta sekä yksittäisten kysymysten loogisuutta, tarpeellisuutta ja käytettävyyttä (Davies 2007, 47-48; Vilkkä 2007, 78; Heikkilä 2008, 48; Maltby ym. 2010, 129). Esitestaus toteutettiin varsinaisessa kehittämisympäristössä vastaavalla

kohdejoukolla kuin varsinainen kysely oli tarkoitus toteuttaa. Lapsivuodeosaston henkilökunta jakoi kyselylomakkeen synnyttäneille naisille (N=9) kotiinlähtöpäivänä. Kysely sisälsi kyselylomakkeen lisäksi saatekirjeen (LIITE 2), palautuskuoren sekä vastaajien suostumuslomakkeen (LIITE 3).

Esitestauksen tulosten perusteella päädyttiin tarkentamaan seitsemän kysymyksen kysymyksenasettelua tai vastausvaihtoehtoja. Tarkennetuista kysymyksistä neljä oli alkuperäisestä kyselylomakkeesta muokattuja ja kolme projektipäällikön laatimia. Esimerkkejä esitestauksen perusteella tehdyistä muutoksista on esitetty taulukossa 5. Esitestauksella saatujen kokemusten pohjalta päätettiin lisäksi aikaistaa kyselyjen jakamisajankohtaa kotiinlähtöpäivästä synnytyksen jälkeiseen vuodeosastolle siirtymisen yhteyteen.

Taulukko 5. Esimerkkejä kyselylomakkeeseen tehdyistä muutoksista.

Kysymyksen numero	Muutos
2.	Kysymykseen lisätty ”raskausaikana”
12.	Kysymyksessä imi → alkoi imeä Vastausvaihtoehtoon 1. lisätty ”tai aiemmin”
15.	Vastausvaihtoehto muutettu välittömästi syntymän jälkeen → ennen ensimmäistä imetystä
23.	Kysymykseen lisätty ”rintamaitoa lukuun ottamatta”

### 5.3 Aineiston keruu

Soveltavan tutkimuksen kohdejoukon muodostivat Kanta-Hämeen keskussairaalasta kotiutuvat synnyttäneet äidit. Soveltava tutkimus kohdennettiin kaikkiin tiettyinä aikana sairaalasta kotiutuviin äiteihin mahdollisimman kattavien tutkimustulosten saamiseksi. Ryväsotannan perusjoukko muodostuu luonnollisten ominaisuuksien mukaan jaetuista ryhmistä, joista satunnaisen tai systemaattisen valinnan avulla muodostuu ryppäitä. Vaikka jokainen rypäs sisältää kaikki perusjoukon ominaisuudet, voi ryväsotanta vähentää otannan tarkkuutta. Luonnollisissa ryhmissä esimerkiksi asenteet tai mielipiteet voivat samankaltaistua. (Davies 2007, 61; Heikkilä 2008, 39-40; Holopainen & Pulkkinen 2008, 35; Nummenmaa 2009, 28-29.)

Soveltava tutkimus toteutettiin Kanta-Hämeen keskussairaalassa kevään 2011 aikana. Ennen aineiston keruun alkua projektipäällikkö kävi tammikuussa 2011 kehittämisosastojen osastotunnilla kertomassa kyselyn tarkoituksesta ja suorittamisesta. Projektipäällikkö toimitti kyselylomakkeet saatekirjeineen, suostumuslomakkeineen ja palautuskuorineen henkilökohtaisesti kehittämisosastolle. Naistentautien ja synnytysten yhdysosaston (os.1) henkilökunta jakoi kyselylomakkeet osastolle siirtyville synnyttäneille äideille välittömästi osastolle saapumisen jälkeen. Hoitohenkilökunnan eri osastojen välisen vaihtuvuuden ja vuorotyön vuoksi synnyttäneet äidit pystyivät henkilökuntaa kattavammin kertomaan imetysohjauksen ja imetystä tukevien hoitokäytäntöjen toteutumisesta omalla kohdallaan.

Kyselyyn osallistuminen oli synnyttäneille äideille vapaaehtoista. Äidit vastasivat kyselyyn synnytyksen jälkeen synnytysvuodeosastolla ja palauttivat vastaukset suljetuissa kirjekuorissa palautuslaatikkoon. Kyselyn palautuksen yhteydessä äidit täyttivät kirjallisen suostumuslomakkeen tutkimukseen osallistumisesta ja antoivat lomakkeen kehittämisosaston henkilökunnan jäsenelle. Henkilötietoja sisältäneet suostumuslomakkeet säilytettiin kirjekuoressa erillään nimettömistä vastauskuorista. Projektipäällikkö haki palautuneet kyselylomakkeet noin kerran viikossa synnytysvuodeosaston kansliassa sijainneesta suljetusta palautuslaatikosta informoiden samalla henkilökuntaa tutkimuksen etenemisestä.

Alkuperäisen tutkimussuunnitelman mukaan aineiston keruun oli tarkoitus tapahtua yhden kuukauden (helmikuun) aikana. Mikäli palautuneita vastauksia olisi kuukauden aikana alle sata, jatkettaisiin kyselyjen jakamista, kunnes sadan vastauksen raja ylittyisi. Sata vastausta on tilastollisesti riittävä määrä otoskooksi suppeassa kohderyhmässä, ja kun tuloksia tarkastellaan kokonaistasolla (Heikkilä 2008, 45). Kuukaudessa vastauksia palautui 63 kappaletta. Kyselylomakkeiden jakamista jatkettiin vielä maaliskuun puoliväliin, jonka jälkeen sadan palautuneen vastauksen raja täyttyi (n=105).

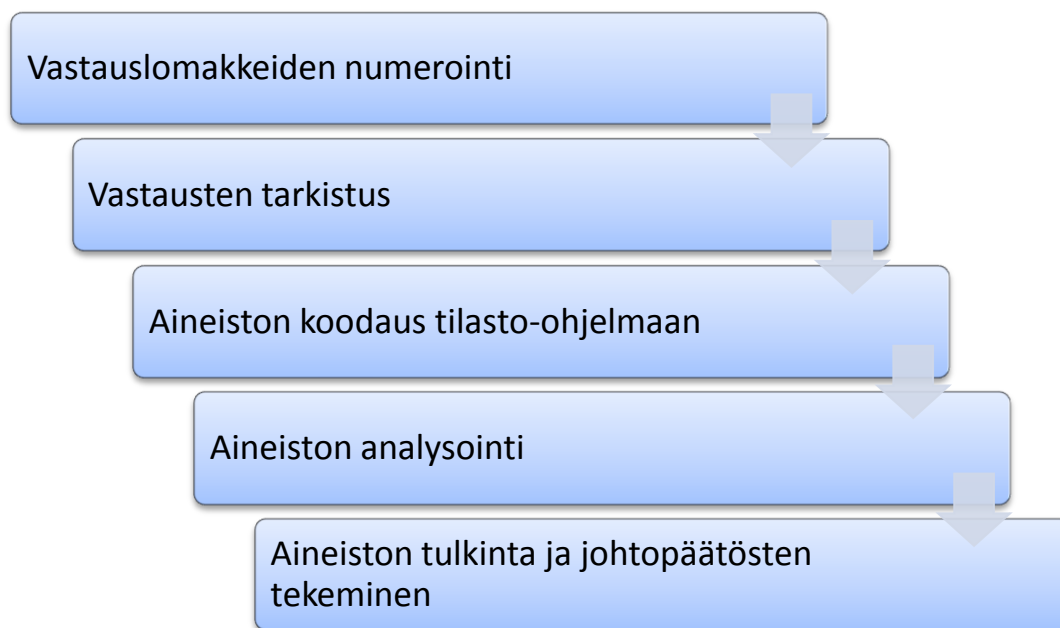
#### 5.4 Aineiston analysointi

Kyselyn avulla saatu aineisto analysoitiin helmi-kesäkuussa 2011. Aineiston analysointi alkoi tilastollisesta analyysistä päättyen avoimien vastausvaihtoehtojen laadulliseen analyysiin. Tilastollisen aineiston koodauksessa ja vastausten analysoinnissa käytettiin apuna SPSS for Windows 17 -ohjelmaa.

Kyselylomakkeiden palaututtua projektipäällikölle, lomakkeet numeroitiin satunnaisessa järjestyksessä. Numeroinnin jälkeen tilastollisen aineiston vastaukset tarkastettiin ja koodattiin tietokoneelle. (Vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 100.) Kaikki palautuneet kyselylomakkeet hyväksyttiin mukaan tutkimukseen. Mahdolliset vastaamatta jätetyt kysymykset hylättiin. Hylkäämisen ei todettu vaikuttavan merkittävästi lopullisiin tutkimustuloksiin. Tarkastuksen yhteydessä havaittiin kahden kysymyksen kohdalla väärinymmärryksiä valittujen vastausvaihtoehtojen määrässä. Vastaukset hyödynnettiin kirjaamalla ne vaihtoehtona olleen avoimen vastausvaihtoehdon alle.

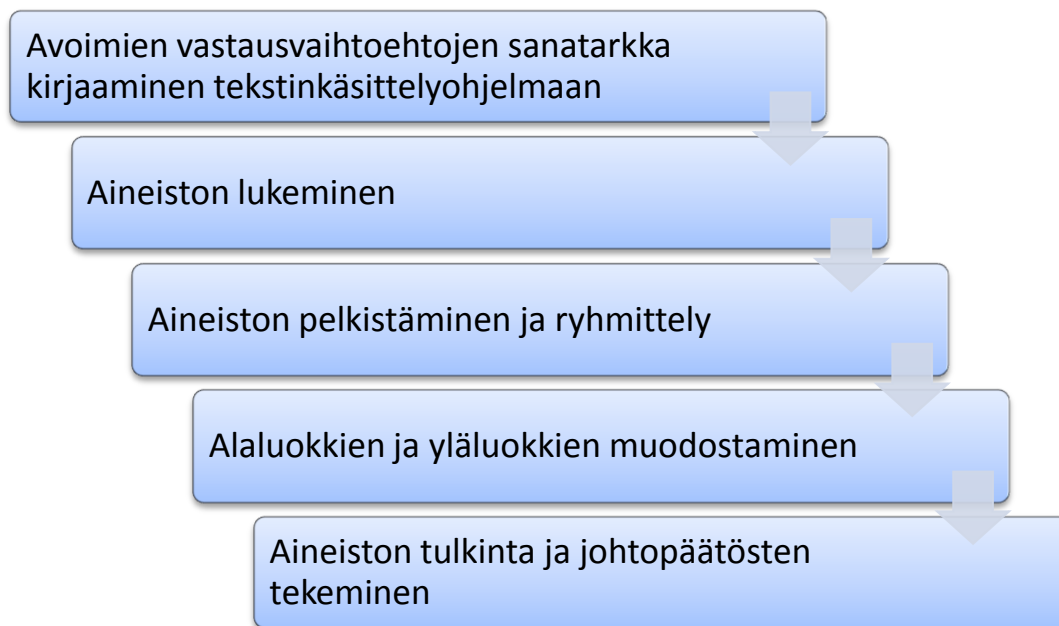
Aineiston kuvaamisessa käytettiin frekvenssejä (f) ja prosentuaalisia osuuksia (%) (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 103-104). Prosentuaaliset osuudet pyöristettiin raportointivaiheessa lähimpään kokonaislukuun, minkä vuoksi kokonaisprosentti saattaa poiketa sadasta. Vastaajien iän kuvaamisessa käytettiin lisäksi keskiarvoa. Taustakysymyksinä olleista kysymyksistä ikä, synnytyshetken raskausviikot sekä vastasyntyneen syntymäpaino luokiteltiin analyysin helpottamiseksi. Muodostetut ikäluokat olivat 20 - 24 vuotta, 25 - 29 vuotta, 30 - 34 vuotta, 35 - 39 vuotta ja 40+ vuotta. Synnytyshetken raskausviikot luokiteltiin täysien raskausviikkojen perusteella, ja vastasyntyneiden syntymäpainoa käsitelleet luokat olivat <3000g, 3000 - 3499g, 3500 - 3999g, 4000 - 4499g sekä 4500+g. Aineiston tilastollisen analyysin jälkeen vastaukset tulkittiin ja niistä muodostettiin johtopäätöksiä. Kyselyaineiston tilastollinen analyysiprosessi on kuvattu kuviossa 4.





Kuvio 4. Tilastollisen aineiston analyysiprosessi (Kankkunen & Vehviläinen -Julkunen 2009, 100-140).

Avoimet vastausvaihtoehdot analysoitiin induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysissä aineistoa pyritään tiivistämään, analysoimaan ja tulkitsemaan erilaisten luokittelujen avulla. Sisällönanalyysillä tutkimuksen kohteesta pyritään muodostamaan tiivis laadullinen kuvaus. Analyysia voidaan luokittelun jälkeen vielä jatkaa kvantifioimalla aineisto eli tarkastelemalla tuloksia määrällisesti. (Davies 2007, 188-189; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-112, 120-122.) Avoimien vastausvaihtoehtojen vastaukset kirjattiin aineiston koodauksen yhteydessä erilliseen tekstitiedostoon. Vastaukset luettiin läpi useaan kertaan etsien niistä yhteneväisyyksiä. Samoja asioita kuvanneet vastaukset pelkistettiin ja ryhmiteltiin ala- sekä yläluokkiin (LIITE 4). Tämän jälkeen vastauksista tehtiin tulkinta ja johtopäätökset. Tulokset kuvattiin sekä laadullisia että määrällisiä menetelmiä hyödyntäen. Avoimien vastausvaihtoehtojen analyysiprosessi on esitetty kuviossa 5.



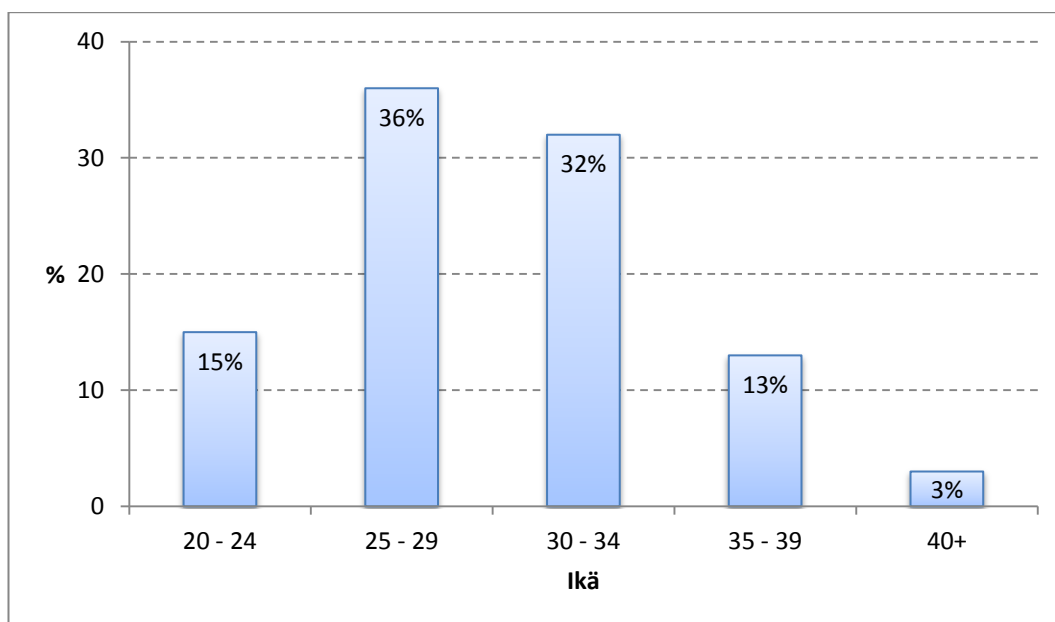
Kuvio 5. Avoimien vastausvaihtoehtojen analyysiprosessi (mukaillen Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-113).

## 6 IMETYSOHJAUSKYSelyn TULOKSET

### 6.1 Vastaajien taustatiedot

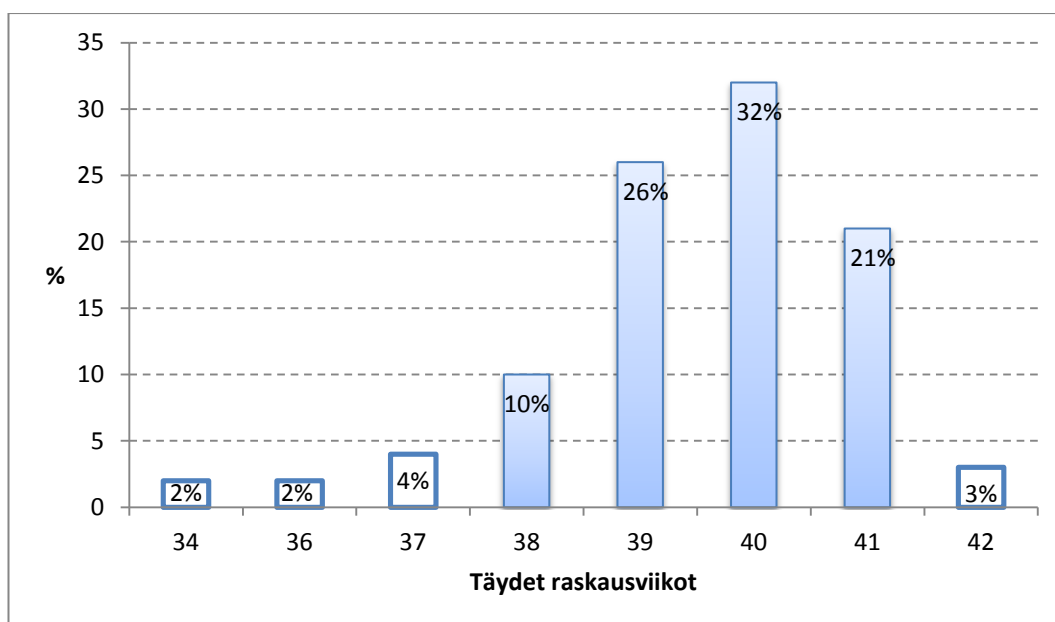
Kyselyn vastausprosentti oli 56% (105/179). Kaikkien kyselyyn vastanneiden keski-ikä oli 29,6 vuotta. Ensisynnyttäjien keski-ikä (28,6 vuotta) oli noin kaksi vuotta uudelleensynnyttäjien keski-ikää (30,6 vuotta) matalampi. Vastaajien iät vaihtelivat 20 - 42 vuoden välillä, ja lähes 70% vastaajista oli iältään 25 - 34 -vuotiaita. (Kuvio 6.)

Vastaajista 47% oli ensisynnyttäjiä ja 53% uudelleensynnyttäjiä. Suurimmalla osalla vastaajista (90%) synnytystapana oli alatiesynnytys. Vain joka kymmenennellä synnytystapana oli keisarileikkaus. Päivystyskeisarileikkaus oli selvästi suunniteltua keisarileikkausta yleisempi.



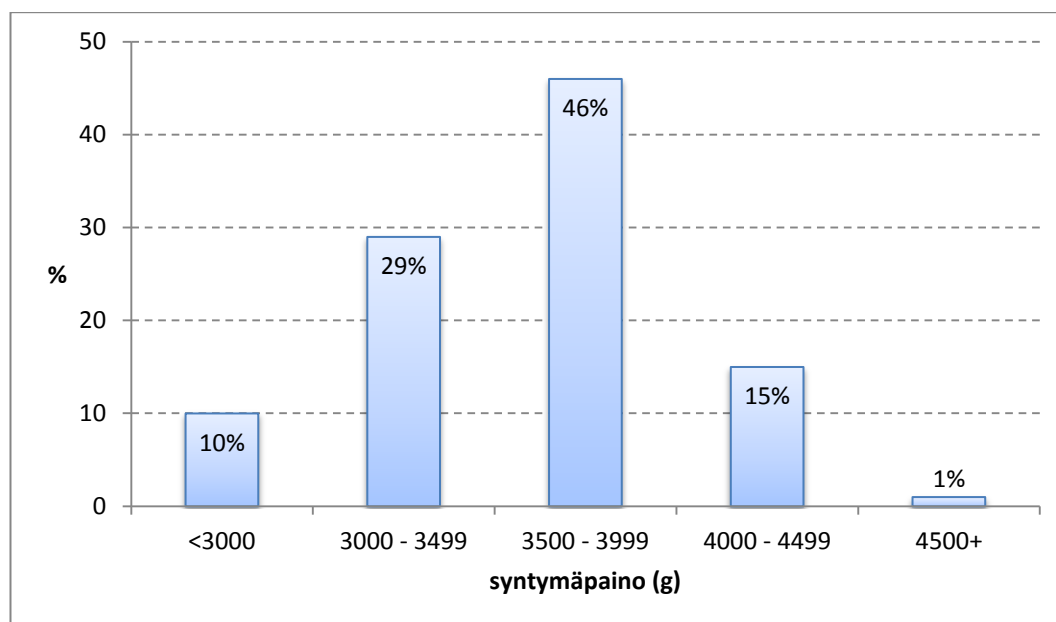
Kuvio 6. Vastaajat ikäluokittain.

Vastaajien raskauden kesto (täydet raskausviikot) vaihteli synnytysshetkellä 34 ja 42 raskausviikon välillä. Täysiaikaisia synnytyksiä (38 < 42 raskausviikkoa) oli lähes 90% vastaajista. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Vastaajien täydet raskausviikot synnytysshetkellä.

Vastasyntyneiden syntymäpaino vaihteli 2520 - 4960 gramman välillä. Lähes puolet vastasyntyneistä painoi 3500 - 3999 grammaa ja lähes kolmannes 3000 - 3499 grammaa. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Vastasyntyneiden syntymäpainot (g) luokittain.

## 6.2 Imetysohjauksen toteutuminen

Hoitokontakti synnytyssairaalan kanssa ennen synnytystä poliklinikkakäyntien tai osastohoidon muodossa oli 70% vastaajista. Näistä vastaajista (n=73) lähes jokainen (95%) oli raskausaikana käyttänyt äitiyspoliklinikan palveluja ja noin joka viides oli ollut osastohoidossa synnytyssalissa tai vuodeosastolla. Synnytyssairaalaan saatu **imetysohjaus** oli **raskausaikana** vähäistä. Vain joka kymmenes vastaajista kertoi saaneensa raskausaikana synnytyssairaalaan tietoa varhaiskontaktin positiivisesta vaikutuksesta, ympärivuorokautisen vierihoitoon merkityksestä tai lisämaidon käytön vaikutuksesta imetykseen. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Imetysohjaus raskausaikana.

	Ei		Kyllä	
	f	%	f	%
<b>Varhaiskontaktin positiiviset vaikutukset</b>	66	<b>90%</b>	7	<b>10%</b>
<b>Ympärivuorokautisen vierihoitoon merkitys</b>	63	<b>86%</b>	10	<b>14%</b>
<b>Lisämaidon vaikutus imetykselle</b>	67	<b>92%</b>	6	<b>8%</b>

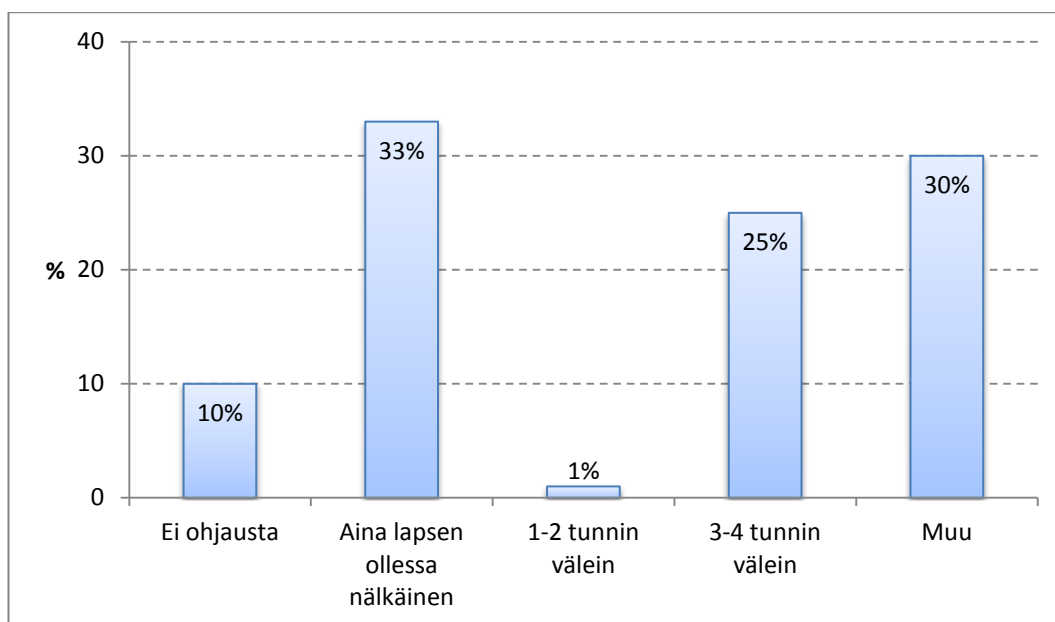
Synnytyksen jälkeen suurin osa vastaajista sai synnytyssairaalassa ollessaan ohjausta **hyvän imetysasennon** (76%) ja **oikean imuotteen** (80%) löytämiseen. Kuitenkin neljännes vastaajista kertoi, etteivät he saaneet ohjausta hyvään imetysasentoon liittyen. Ilman ohjausta vastasyntyneen oikeasta imuotteesta jäi viidennes vastaajista. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Imetysasentoon ja imuotteeseen liittyvä ohjaus.

	Ei		Kyllä	
	f	%	f	%
<b>Ohjaus hyvän imetysasennon löytämiseen</b>	25	<b>24%</b>	80	<b>76%</b>
<b>Ohjaus oikean imuotteen löytämiseen</b>	20	<b>19%</b>	84	<b>80%</b>

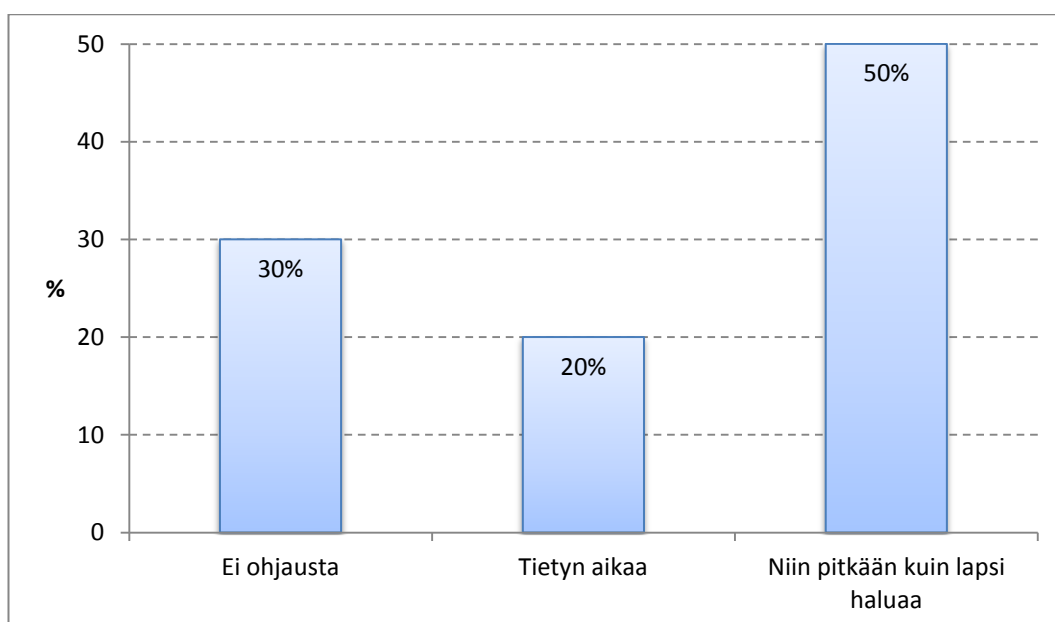
Lähes jokainen ensisynnyttäjä sai ohjausta oikean imuotteen (96%) sekä hyvän imetysasennon (92%) löytämiseen. Uudelleensynnyttäjistä jäi ilman ohjausta suurempi osa vastaajista. Uudelleensynnyttäjistä 67% sai ohjausta oikeaan imuotteeseen ja 63% hyvään imetysasentoon liittyen.

Synnytyssairaalasta saatu ohjaus **imetysväleihin** liittyen oli vaihtelevaa. Kolmasosa vastaajista kertoi, että heitä ohjattiin imettämään aina, kun vastasyntynyt ilmaisi olevansa nälkäinen. Neljäsosaa vastaajista ohjattiin puolestaan imettämään 3 - 4 tunnin välein. Lisäksi lähes kolmannes kuvasi saaneensa synnytyssairaalasta erilaisia ohjeita imetysvälien pituudesta. Joka kymmenes vastaaja ei saanut ohjausta imetysväleihin liittyen. (Kuvio 9.) Erilaisia ohjeita imetysvälien pituudesta saaneista vastaajista (n=32) hieman yli neljäsosaa (27%) ohjattiin imettämään aina vastasyntyneen vaikuttaessa nälkäiseltä sekä vähintään 3 - 4 tunnin välein. Toinen yleinen ohje (23%) oli imettää vastasyntynyttä aina tämän vaikuttaessa nälkäiseltä, mutta vähintään 6 tunnin välein.



Kuvio 9. Ohjaus imetysväleihin liittyen.

Puolet vastaajista sai ohjeeksi imettää yhden imetyskerran aikana niin pitkään kuin vastasyntynyt halusi. Ajallisesti määriteltystä ohjeesta sai puolestaansa joka viides vastaajista. Nämä ohjeet vaihtelivat 5 minuutista / rinta aina 30 minuuttiin / rinta. Useimmiten ajallisia ohjeita saaneita vastaajia neuvottiin imettämään 10 - 15 minuuttia / rinta. Noin kolmannes (30%) vastaajista ei saanut ohjausta **imetyskerran keston** suhteen. (Kuvio 10.)



Kuvio 10. Ohjaus imetyskerran kestosta.

Ohjauksen **rintojen tyhjentämiseen käsin** eli käsinlypsyyn sai noin 17% vastaajista (n=102). Muutamille asia oli jo ennestään tuttu, eikä ohjausta suullisen keskustelun jälkeen tarvittu. Lähes 80% vastaajista ei saanut sairaalassaoloaikana ohjausta rintojen tyhjentämiseen käsin. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Käsinlypsyn ohjaus.

		f	%
<b>Käsinlypsyn ohjaus</b>	<b>Ei</b>	79	<b>78</b>
	<b>Kyllä</b>	17	<b>17</b>
	<b>Asia ennestään tuttu</b>	6	<b>6</b>

Kyselyyn vastanneiden äitien vastasyntyneistä 88% hoidettiin samassa yksikössä äidin kanssa. Vastasyntyneistä 12% oli joko koko tai osan sairaalassaoloajasta **hoidettavana toisessa yksikössä**. Näiden vastasyntyneiden äideistä lähes jokainen sai vastasyntyneestä erossa ollessaan ohjausta maidonerityksen käynnistämiseksi tai ylläpitämiseksi. Ohjaus oli sisällöltään vaihtelevaa, useimmiten ohjaus koostui rintapumpun käytön opetuksesta sekä rintapumpun käytön ajoituksesta.

Vastaajat saivat synnytyssairaalaan vaihtelevasti ohjeita, mihin ottaa kotiutumisen jälkeen yhteyttä mahdollisissa imetykseen liittyvissä ongelmatilanteissa. Vastaajista hieman yli puolet (61%) kertoi saaneensa ohjeita aiheeseen liittyen. Näistä vastaajista (n=63) kolmasosaa (33%) ohjattiin ottamaan ongelmatilanteissa yhteyttä synnytyssairaalaan, lähes jokaista (97%) äitiys- tai lastenneuvolaan ja muutamia (13%) imetystukiryhmään. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Ohjaus yhteydenotosta ongelmatilanteissa.

	<b>Kyllä</b>		<b>Ei</b>	
	f	%	f	%
<b>Synnytyssairaalaan</b>	21	<b>33</b>	42	<b>67</b>
<b>Äitiys- tai lastenneuvolaan</b>	61	<b>97</b>	2	<b>3</b>
<b>Imetystukiryhmään</b>	8	<b>13</b>	55	<b>87</b>

Äidinmaidonkorvikkeiden markkinointikoodiin liittyvä suositus tutin, tuttipullojen sekä äidinmaidonkorvikkeiden mainonnan välttämisestä toteutui synnytyssairaalassa hyvin. Vastaajista 96% ei saanut synnytyssairaalasta tutteihin, tuttipulloihin tai äidinmaidonkorvikkeisiin liittyviä mainoksia tai näytteitä.

### 6.3 Imetystä tukevat hoitokäytännöt

#### Varhaiskontaktin toteutuminen

Suurin osa vastasyntyneistä (82%) pääsi varhaiskontaktiin äidin rinnalle välittömästi syntymän jälkeen tai ensimmäisten minuuttien aikana. Varhaiskontakti toteutui tunnin sisällä syntymästä yhteensä noin 90% vastaajista. Varhaiskontaktin alkaminen yli tunnin kuluttua syntymästä liittyi esimerkiksi keisarileikkaukseen tai tehostettua tarkkailua vaativiin muutoksiin äidin tai vastasyntyneen voinnissa. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Varhaiskontaktin toteutuminen.

		f	%
<b>Varhaiskontaktin toteutuminen</b>	<b>Heti tai ensimmäisten minuuttien aikana</b>	86	<b>82</b>
	<b>Tunnin sisällä syntymästä</b>	9	<b>9</b>
	<b>Myöhemmin</b>	10	<b>10</b>

Joka kymmenes (10%) vastaajista kuvasi äidin tai vastasyntyneen voinnin olleen poikkeava välittömästi vastasyntyneen syntymän jälkeen. Äidin vointiin liittyneitä syitä olivat muun muassa runsas verenvuoto tai jälkeisten syntymiseen liittyneet ongelmat. Vastasyntyneiden vointiin ja tarvittavaan seurantaan vaikuttivat puolestaan lapsiveden poikkeavasta väristä johtunut infektioriski sekä matala ruumiinlämpö. Voinnista johtuvan seurannan tai toimenpiteiden vuoksi varhaiskontakti toteutui näiden äiti-vauva -parien kohdalla eri tavoin. Osalla varhaiskontakti oli mahdollista toteuttaa ensimmäisistä minuuteista alkaen, kun taas puolella näistä äiti-vauva -pareista varhaiskontakti viivästyi muutaman tunnin tai jopa vuorokauden. (Taulukko 11.)



Taulukko 11. Äidin ja vastasyntyneen voinnin vaikutus varhaiskontaktiin.

			Äidin tai vastasyntyneen voinnissa poikkeavaa synnytyksen jälkeen	
			Ei	Kyllä
Varhaiskontaktin toteutuminen	Hetimitai ensimmäisten minuuttien aikana	f	82	4
		% kaikista	79	4
	Tunnin sisällä syntymästä	f	8	1
		% kaikista	8	1
	Myöhemmin	f	4	5
		% kaikista	4	5

Yli 80% vastasyntyneistä oli varhaiskontaktin aikana ihokontaktissa eli alastomina vasten äitinsä paljasta rintaa. Lopuilla vastasyntyneillä varhaiskontakti ei toteutunut ihokontaktina. Noin joka kymmenes (13%) vastasyntyneistä oli varhaiskontaktin aikana kiedottuna peittoon tai kapaloon. Joidenkin vastasyntyneiden kohdalla varhaiskontakti toteutui esimerkiksi vastasyntyneen ollessa jo puettuna.

Taulukko 12. Ihokontakti ja varhaiskontaktin kesto.

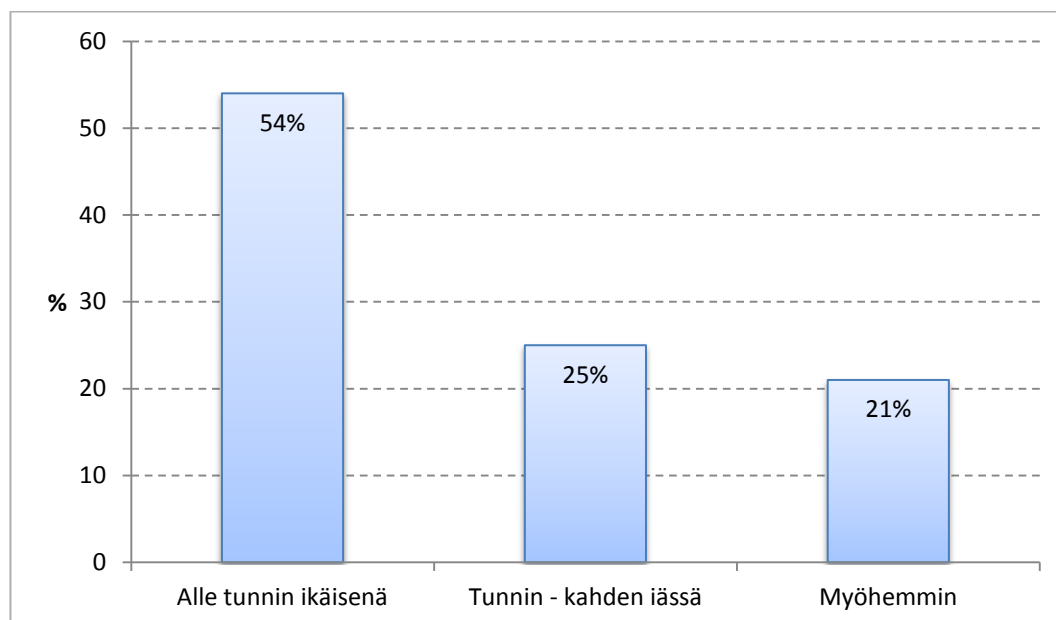
		f	%
Ihokontaktin toteutuminen	Alastomana paljasta rintaa vasten	86	82
	Peiton tai kapalon sisällä	14	13
	Muuten	5	5
Varhaiskontaktin kesto	Alle puoli tuntia	44	42
	Puoli tuntia - tunti	52	50
	Yli tunnin	8	8

Keskeytymättömän varhaiskontaktin kesto vaihteli vastaajien välillä. Puolella vastaajista (50%) keskeytymätön varhaiskontakti kesti puolesta tunnista tuntiin. Lyhyempi, alle puolen tunnin pituinen keskeytymätön

varhaiskontakti oli 42% vastaajista. Pienellä osalla (8%) vastaajista äidin ja vastasyntyneen ensimmäinen kontakti kesti yli tunnin. (Taulukko 12.)

### Ensi-imetys

Yli puolella (54%) vastasyntyneistä ensi-imetys toteutui ensimmäisen tunnin sisällä syntymästä. Neljänneksellä (25%) ensi-imetyksen ajankohta oli yli tunnin, mutta alle kahden tunnin kuluessa syntymästä. Viidenneksellä vastasyntyneistä ensi-imetyksen ajankohta oli vasta myöhemmin. (Kuvio 11.) Myöhäisempänä ajankohtana toteutuneet ensi-imetykset (n=20) ajoittuivat 85% vastaajista 10 - 15 tunnin päähän tai seuraavaan vuorokauteen synnytyksestä. Myös useampien vuorokausien kuluttua syntymästä mahdollistuneita ensi-imetyksiä kuvattiin.



Kuvio 11. Ensi-imetyksen ajankohta.

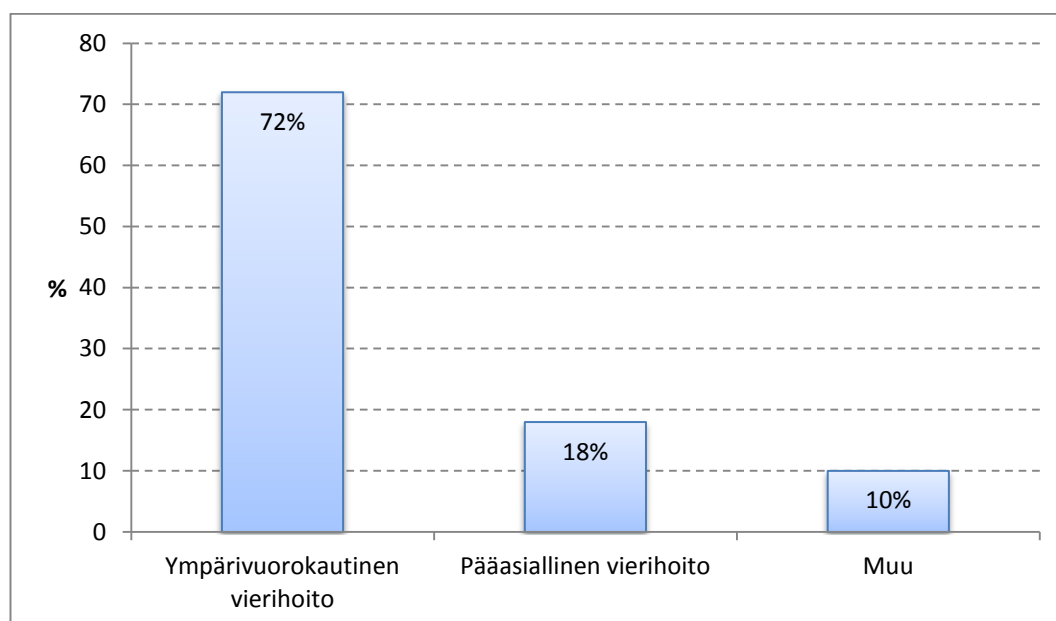
Yli kaksi tuntia viivästyneistä ensi-imetyksistä (n=22) hieman yli puolet (55%) olivat alatiesynnytyksellä syntyneiden ja hieman alle puolet (46%) keisarileikkauksella syntyneiden vastasyntyneiden kohdalla. Kaikkien keisarileikkauksella syntyneiden vastasyntyneiden kohdalla ensi-imetys viivästyi. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Synnytystavan vaikutus ensi-imetyksen viivästymiseen.

		Viivästynyt ensi-imetus	
		Ei	Kyllä
Synnytystapa	Alatiesynnytys	f	83
		%	100
	Elektiivinen keisarileikkaus	f	0
		%	0
	Päivystyskeisari-leikkaus	f	9
		%	41

### Ympäri vuorokautinen vierihoito

Ympäri vuorokautinen vierihoito, jolloin vastasyntynyt viettää sekä päivät että yöt äitinsä vierellä, toteutui lähes kolmella vastaajalla neljästä (72%). Lyhytaikaiset, muutaman tunnin pituiset poissaolot äidin viereltä luokiteltiin pääasiallisesti vierihoidoksi. Pääasiallisesti vierihoidossa oli 18% vastasyntyneistä. Joka kymmenennen vastasyntyneen kohdalla vierihoito ei toteutunut koko sairaalassaoloaikana tai osana hoitopäivistä. (Kuvio 12.)



Kuvio 12. Vierihoidon toteutuminen.

Ympäri vuorokautisen vierihoidon toteutumista estivät sekä äitiin että vastasyntyneeseen liittyneet tekijät. Vastasyntyneeseen liittyneitä syitä olivat esimerkiksi vastasyntyneen vaatimat hoitotoimenpiteet tai vastasyntyneen hoito toisessa yksikössä. Äidin osalta ympäri vuorokautisen vierihoidon toteutumiseen vaikuttivat äidin fyysiseen vointiin, jaksamiseen tai aktiviteetteihin liittyneet tekijät.

### Huvitutin ja tuttipullon käyttö

Huvitutti oli synnytyssairaalassa käytössä kahdella vastasyntyneellä kolmesta (66%). Huvitutin käytön yleisyydessä ei ollut eroja ensi- ja uudelleensynnyttäjien välillä. Huvitutti oli käytössä kahdella kolmasosalla sekä ensi- että uudelleensynnyttäjien vastasyntyneistä. (Taulukko 14.)

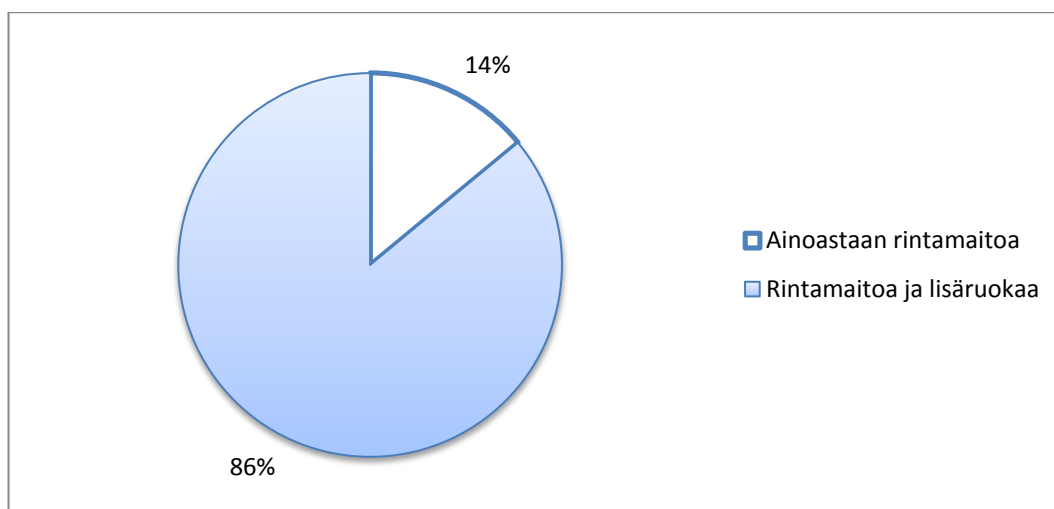
Taulukko 14. Synnyttäneisyyden vaikutus huvitutin käyttöön.

		Huvitutin käyttö	
		Kyllä	Ei
<b>Ensisynnyttäjä</b>	f	32	17
	%	<b>65</b>	<b>35</b>
<b>Uudelleensynnyttäjä</b>	f	37	19
	%	<b>66</b>	<b>34</b>

Tuttipullon käyttö oli lähes ainoa menetelmä mahdollisen lisämaidon antamisessa vastasyntyneille. Tuttipullo oli käytössä lähes jokaisella (99%) lisämaitoa saaneista vastasyntyneistä (n=86).

### 6.4 Imetyksen toteutuminen synnytyssairaalassa

Kaikki kyselyyn vastanneet äidit aloittivat imetyksen synnytyssairaalassa. Ainoastaan oman äitinsä rintamaitoa sai synnytyssairaalassa ollessaan 14% vastasyntyneistä (n=15). Vastasyntyneistä 86% sai oman äitinsä rintamaidon lisäksi jotain muuta ravintoa, yleensä joko luovutettua äidinmaitoa tai äidinmaidonkorviketta. (Kuvio 13.)



Kuvio 13. Vastasyntyneiden ravitseminen synnytyssairaalassa.

Oman äidin rintamaidon lisäksi muuta ravintoa saaneista vastasyntyneistä (n=90) kolme neljästä (73%) sai lisämaidoksi luovutettua äidinmaitoa ja noin kolmannes (37%) äidinmaidonkorviketta. Muutamat synnyttäneet äidit eivät osanneet kertoa, mitä vastasyntyneiden saama lisämaito oli ollut. Lisäksi yksittäiset vastaajat kuvasivat sokeriveden käyttöä muun muassa imetykseen liittyneenä houkutteena tai vastasyntyneen nesteytyksessä. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Vastasyntyneiden saama ravinto rintamaidon ohella.

	Kyllä		Ei	
	f	%	f	%
<b>Luovutettu äidinmaito</b>	66	<b>73</b>	24	<b>27</b>
<b>Äidinmaidonkorvike</b>	33	<b>37</b>	57	<b>63</b>
<b>Muu</b>	8	<b>9</b>	82	<b>91</b>

Lisämaidon tarpeen yleisyys vaihteli jonkin verran ensi- ja uudelleensynnyttäjien välillä. Suurin osa (94%) ensisynnyttäjien vastasyntyneistä (n=49) sai lisämaitoa synnytyssairaalassa, kun taas uudelleensynnyttäjien (n=56) vastasyntyneistä lisämaitoa sai neljä viidestä (79%). (Taulukko 16.)

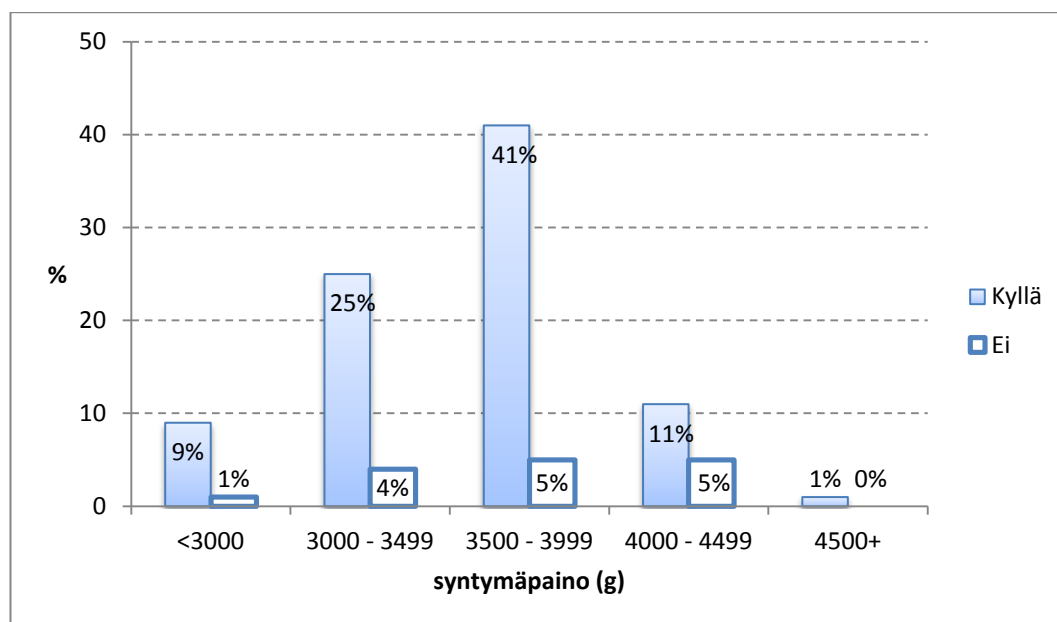
Taulukko 16. Synnyttäneisyyden vaikutus vastasyntyneen lisämaidon saantiin.

		Lisämaidon saanti	
		Kyllä	Ei
<b>Ensisynnyttävä</b>	f	46	3
	%	<b>94</b>	<b>6</b>
<b>Uudelleensynnyttävä</b>	f	44	12
	%	<b>79</b>	<b>21</b>

Lisämaidon antaminen vastasyntyneelle perustui sekä vastaajien omiin toiveisiin että henkilökunnan ehdotukseen. Hieman yli puolet (52%) vastaajista olivat synnytyssairaalassa toivoneet ainakin kerran lisämaidon saamista vastasyntyneelle. Henkilökunnan ehdottamana lisämaidoa oli saanut 70% sitä tarvinneista vastasyntyneistä.

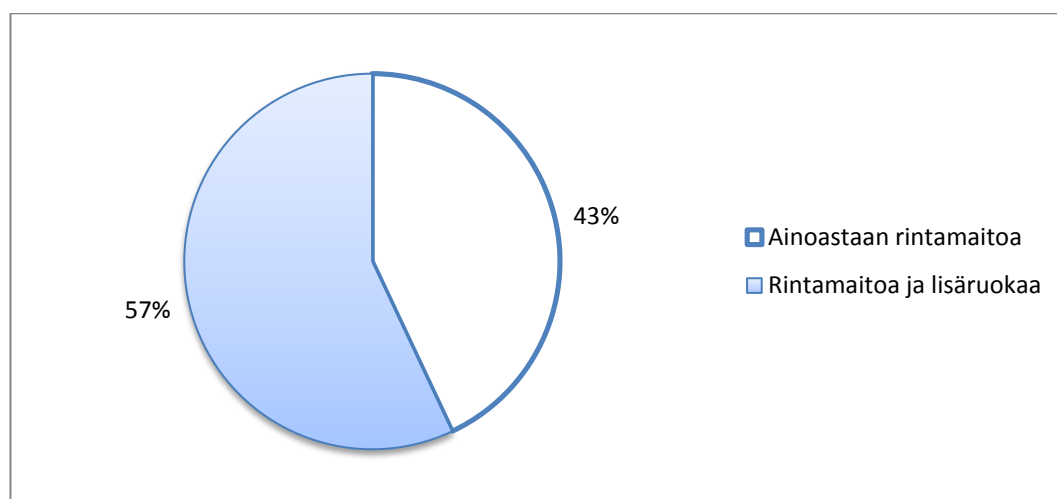
Vastaajien omat toivomukset lisämaidon antamiseen vastasyntyneille (n=50) liittyivät neljässä tilanteessa viidestä (80%) ajatukseen riittämättömästä rintamaidon määrästä tai vastasyntyneen nälästä. Muut syyt liittyivät muun muassa imetysongelmiin tai vastasyntyneen levottomuuteen. Henkilökunnan ehdottaessa lisämaidon antoa vastasyntyneelle (n=58) perustui lisämaidon tarve kolmasosassa (36%) tilanteista lääketieteellisiin syihin, kuten vastasyntyneen verensokeriseurantaan, pienipainoisuuteen tai liialliseen painonlaskuun. Maidon riittävyys tai vastasyntyneen nälkään liittyviä tilanteita oli 40% henkilökunnan ehdottamista lisämaidon antokerroista. Henkilökunta ehdotti lisämaidon antamista myös imetysongelmiin, lapsen levottomuuteen tai äidin levon tarpeeseen liittyen.

Rintamaidon ohella lisämaidoa saaneiden vastasyntyneiden syntymäpainot vaihtelivat alle 3000g:sta yli 4500g:an. Myös synnytyssairaalassa ainoastaan oman äidin rintamaitoa saaneita vastasyntyneitä löytyi lähes jokaisesta painoluokasta. Täysimetetyistä vastasyntyneistä kaksi kolmesta (66%) sijoittui syntymäpainoltaan joko painoluokkaan 3500 - 3999g tai 4000 - 4499g. (Kuvio 14.)



Kuvio 14. Lisämaidon saanti painoluokittain.

Kotiinlähtiessä täysimetettyjä vastasyntyneitä, jotka olivat saaneet edeltävien 24 tunnin aikana ainoastaan oman äitinsä rintamaitoa, oli 43% (n=45). Hieman yli puolella (57%) vastasyntyneistä ravitsemus koostui kotiutuesssa oman äidin rintamaidosta sekä lisämaidosta. (Kuvio 15.)



Kuvio 15. Vastasyntyneiden ravitsemus kotiutuesssa.

## 7 IMETYSOHJAUSKYSELYN JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 7.1 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset

#### **Imetysohjauksen toteutuminen**

Kanta-Hämeen keskussairaalassa synnyttäneistä äideistä kahdella kolmesta oli kontakti synnytyssairaalaan jo raskauden aikana. Näistä äideistä lähes jokainen käytti synnytyssairaalan äitiyspoliklinikan palveluja ja joka viides oli synnytyssairaalassa osastohoidossa raskausaikana. Raskaudenaikainen imetysohjaus oli Kanta-Hämeen keskussairaalassa vähäistä, sillä tietoa imetystä tukevista hoitokäytännöistä sai ainoastaan joka kymmenes vastaajista. Tutkimusten mukaan synnytyssairaalassa tapahtuvalla imetysohjauksella voidaan tukea synnyttäjiä perheineen imetyksen alkuun valmistautumisessa, vaikka raskaudenaikainen imetysohjaus painottuu avoterveydenhuollon palvelujen yhteyteen. Riittävä ja monipuolinen raskaudenaikainen ohjaus mahdollistaa synnytyksen jälkeen äitien keskittymisen tärkeiden taitojen harjoitteluun sekä antaa hoitajille enemmän mahdollisuuksia äitien tukemiseen ja kannustamiseen. (Hannula ym. 2006b, 183; Hannula ym. 2008a, 1133; Järvenpää 2008, 1148.)

Raskaudenaikaisen imetysohjauksen lisääminen synnytyssairaalassa on nykyiseen poliklinikkatoimintaan yhdistettynä resurssikysymys. Ajankäyttö- ja henkilöstöresurssien puitteissa jokaiselle poliklinikkakävijälle suunnattua henkilökohtaista imetysohjausta on lähes mahdotonta toteuttaa. Mahdollisuutta imetykseen ja sen onnistumiseen liittyvien taustatietojen, kuten aikaisempien imetyskokemusten ja käytössä olevien lääkitysten, kartoittamiseen esimerkiksi haastattelutilanteen yhteydessä voisi kuitenkin arvioida. Poliklinikkatoimintaa enemmän Kanta-Hämeen keskussairaalassa on mahdollisuuksia kehittää raskausaikana osastohoidossa olevan äidin imetysohjausta. Ohjauksen toteuttaminen edellyttää kuitenkin herkkyyttä tunnistaa raskaana olevien äitien tarpeita, sillä esimerkiksi lähestyvä synnytys tai epävarmuus syntymättömän lapsen



hyvinvoinnista tai selviytymisestä saattavat estää ohjauksen vastaanottamisen.

Synnytyksen jälkeinen imetysohjaus toteutui Kanta-Hämeen keskussairaalassa selkeästi raskaudenaikaista imetysohjausta useammin. Vastaajista neljä viidestä kertoi saaneensa ohjausta hyvän imetysasennon sekä vastasyntyneen oikean imuotteen löytämiseen. Tutkimusten mukaan synnyttäneiden äitien hyvät tiedot ja taidot miellyttävän imetysasennon ja oikean imuotteen varmistamisessa ovat erittäin tärkeitä imetyksen jatkumista tukevia tekijöitä (Philipp & Radford 2006, F147; ACOG 2007, 7S; McAllister ym. 2009, 4). Kaikki synnyttäneet äidit eivät tarvitse konkreettista ohjausta imetyksen sujuessa hyvin itsestään, mutta näiden taitojen hallinta tulee varmistaa systemaattisen havainnoinnin tai keskustelun avulla. Tällöin pystytään auttamaan ja tukemaan myös sitä viidennestä vastaajista, jotka kokivat jääneensä kokonaan ilman ohjausta. Riski ohjauksen ulkopuolelle jäämiseen on erityisesti uudelleensynnyttäjillä, jotka vaikuttavat hallitsevan imetyksen itsenäisesti.

Synnyttäneet äidit saivat Kanta-Hämeen keskussairaalassa vaihtelevaa ohjausta imetysvälien pituuteen ja imetyskertojen kestoon liittyen. Yleisin ohje äideille oli imettää vastasyntynyt aina tämän ollessa nälkäinen. Tällaisen ohjeen sai kolmannes vastaajista. Yhteneväinen ohjaus toteutui yleisemmin imetyskertojen kestoon liittyvän ohjauksen kohdalla. Puolet kyselyyn vastanneista sai ohjeeksi imettää kerralla niin pitkään kuin vastasyntynyt halusi. Ohjaus imetysvälien pituudesta ja imetyskertojen kestosta liittyy lapsentahtiseen imetykseen. Lapsentahtisella imetyksellä pyritään varmistamaan sekä äidille että vastasyntyneelle riittävä maitomäärä vastasyntyneen normaalin kasvun ja kehityksen tukemiseksi. (Vrt. Gartner ym. 2005, 499; Forster & McLachlan 2007, 277; WHO & UNICEF 2009b, 125-126.)

Imetysvälit ja imetyskertojen kestot ovat hyvin tilanneherkkiä ja yksilöllisiä asioita, jolloin yhteneväisen ohjauksen antaminen kaikille synnyttäneille äideille on mahdotonta. Perusohjeena ohje imettää aina vastasyntyneen halutessa niin pitkään kuin tämä haluaa (Gartner ym. 2005, 499; Forster & McLachlan 2007, 277) on toimiva. Täysin yhteneväiseen ohjaukseen ei

kuitenkaan voi eikä edes kannata pyrkiä, sillä ohjauksessa tulee huomioida erityistä seurantaan tarvitsevat vastasyntyneiden ryhmät (esimerkiksi pieni- tai suuripainoiset, uneliaat, sairaat, ongelmat verensokeritasapainon kanssa). Erityisryhmiin kuuluvien vastasyntyneiden imetysohjaus saattaa vaihdella imetyskerrasta toiseen, jotta vastasyntyneen riittävä ravitsemus ja hyvinvointi saataisiin turvattua. Näissä tilanteissa vaihtelevalla, mutta yksilöllisellä, tilannekohtaisella ja turvallisella ohjauksella pystytään parhaiten tukemaan imetyksen alkua ja jatkumista.

Ohjaus rintojen tyhjentämiseen käsin oli vastaajien kohdalla vähäistä synnytyksen jälkeen. Synnyttäneistä äideistä neljä viidestä jäi ilman ohjausta. Tulos on samansuuntainen aikaisempien tutkimustulosten kanssa (Hannula 2006a, 14). Rintojen tyhjentämisen käsin on kirjallisuudessa todettu olevan tarpeellinen taito synnyttäneille äideille. Menetelmällä voidaan helposti ja nopeasti tukea normaalia maidoneritystä sekä ehkäistä tai hoitaa imetykseen liittyviä ongelmatilanteita, kuten vastasyntyneen ongelmia hyvän imuotteen saamisessa, maitotiehyttukoksia ja rintatulehduksia. (Philipp & Radford 2006, F147; ACOG 2007, 7S.)

Lähes jokainen vastaaja sai Kanta-Hämeen keskussairaalassa ohjausta maidonerityksen käynnistämiseksi ja ylläpitämiseksi tilanteissa, joissa äiti ja vastasyntynyt joutuivat olemaan erossa toisistaan. Imetysohjauksen sisältö oli kuitenkin hyvin vaihtelevaa käsitellen useimmiten rintapumpun käyttöä. Monipuolinen ja yksilöllinen ohjaus synnyttänyttä äitiä tukien on erityisen tärkeää maidonnousun käynnistämiseksi ja ylläpitämiseksi erityistilanteessa, joka aiheuttaa äidille ja perheelle epävarmuutta ja stressiä. Oman äidin rintamaito on parasta ravintoa myös sairaiden vastasyntyneiden kohdalla, ja sen saatavuutta voidaan tukea hyvällä imetysohjauksella. Ohjauksen onnistumiseen vaikuttaa lisäksi perheen hoitoon osallistuvien yksiköiden mahdollisimman yhteneväinen ja toisiaan tukeva ohjaus.

Imetyksen jatkumiseksi synnyttäneillä äideillä ja perheillä tulee olla tietoa, mistä voi etsiä apua imetyksen ongelmatilanteissa kotiutumisen jälkeen

(Murray ym. 2007, 205; Dyson ym. 2010, 4). Kaksi vastaajaa viidestä jäi Kanta-Hämeen keskussairaalaan kokonaan ilman ohjeita. Ohjeita saaneista vastaajista lähes jokaista kehoitettiin ottamaan ongelmatilanteissa yhteyttä neuvolaan. Kolmasosa neuvottiin olemaan yhteydessä synnytyssairaalaan ja muutamia imetystukiryhmään.

Synnyttäneiden äitien imetyksen jatkumista voidaan parhaiten tukea antamalla äidille ja perheelle mahdollisimman paljon tietoa tahoista, jotka voivat auttaa ongelmatilanteissa. Neuvoloilla sekä niiden toteuttamalla seurannalla ja terveyden edistämisellä on suuri merkitys perheiden elämään niin raskausaikana kuin synnytyksen jälkeen. Ongelmat voivat kuitenkin ilmetä aikoina, jolloin neuvolat ovat suljettuina, eikä neuvoloilla yleensä ole tarkkaa tietoa imetyksen tilasta kotiutumishetkellä. Ongelmien ilmaantuessa ennen ensimmäistä varsinaista synnytyksen jälkeistä tapaamista, ei neuvoloilla ole mahdollisuutta yksilölliseen ohjaukseen tiedonpuutteen vuoksi.

Synnytyssairaalat ovat avoinna ympäri vuorokauden, mikä mahdollistaa synnyttäneiden äitien tukemisen ja ohjaamisen tarvittaessa. Synnytyssairaaloiden resurssit neuvontaan ilman järjestettyä ohjausaikaa ovat kuitenkin rajalliset, eikä synnytyssairaala pysty auttamaan vastasyntyneisyysaikaa vanhempien lasten imetyksessä. Imetystukiryhmät puolestaan tarjoavat vertaistukea, mutta eivät voi auttaa tilanteissa, joissa tarvitaan lääkärin tai hoitajan ammattitaitoa tilanteen arvioimiseksi. Synnyttäneitä äitejä voidaan parhaiten tukea imetyksen eri vaiheissa antamalla riittävästi ja monipuolisesti tietoa, mistä apua ja tukea voi mahdollisissa ongelmatilanteissa etsiä.

Terveen ja täysiaikaisen vastasyntyneen perheen imetysohjauksen tulee olla synnytyssairaalaan mahdollisimman yhteneväistä ja perustua näyttöön perustuvaan tietoon. Näin synnyttänyttä äitiä voidaan parhaiten tukea ja kannustaa imetyksen aloittamiseen ja sen jatkumiseen (vrt. Hannula ym. 2008a, 1140; Asole ym. 2009, 336; Manganaro ym. 2009, 108-110). Ohjauksessa tulee kuitenkin huomioida yksilölliset tarpeet, jotka vaihtelevat muun muassa synnyttäjän ja vastasyntyneen voinnin, synnytyksestä kuluneen ajan sekä maidonerityksen määrän mukaan.

Selkeästi ja perustellusti annettu imetysohjaus tukee äitien motivaatiota jatkaa imetystä mahdollisista ongelmatilanteista huolimatta (vrt. Hannula 2003, 109; Attard Montalto ym. 2010, e11-e12).

### **Imetystä tukevat hoitokäytännöt**

Imetystä tukevista hoitokäytännöistä varhaiskontakti toteutui Kanta-Hämeen keskussairaalassa neljällä vastasyntyneellä viidestä välittömästi tai pian syntymän jälkeen. Varhaiskontaktin toteutumiseen vaikuttavat suuresti sekä äidin että vastasyntyneen vointiin liittyvät tekijät. Synnytystapa, synnyttäneen äidin tarvitsema seuranta sekä vastasyntyneen tarkkailu ja hoito voivat viivästyttää äidin ja vastasyntyneen ensimmäistä lähikontaktia useilla minuuteilla, tunteilla tai jopa vuorokausilla. Varhaiskontakti on tärkeä niin vastasyntyneelle kuin synnyttäneelle äidillekin toimiessaan ensimmäisen imetyksen mahdollistajana, vastasyntyneen fysiologisen voinnin tasapainottajana sekä turvallisuuden tunteen tuojana (vrt. Gartner ym. 2005, 499; Riordan 2005, 186-187; Bystrova 2008, 47; Moore ym. 2009, 11).

Varhaiskontaktissa vastasyntyneen suositellaan olevan alastomana vasten äitinsä paljasta rintaa ilman häiriöitä vähintään ensimmäisen tunnin ajan syntymästä. Tämä ihokontakti tukee ensi-imetyksen onnistumismahdollisuutta sekä antaa vastasyntyneelle riittävän pitkän ajan sopeutua syntymän jälkeiseen elämään. (Forster & McLachlan 2007, 276.) Varhaiskontakti toteutui vastasyntyneen ollessa alastomana äitinsä paljaalla rinnalla neljällä vastaajalla viidestä. Varhaiskontaktin viivästyessä äidin ja vastasyntyneen ensimmäinen kontakti toteutui ilman ihokontaktia vastasyntyneen ollessa esimerkiksi peiton sisällä tai puettuna. Ihokontaktin positiiviset vaikutukset jatkuvat ensimmäisten tuntien jälkeenkin, minkä vuoksi ihokontaktin mahdollistaminen myös myöhästyneissä ensikontakteissa tukisi imetyksen onnistumista.

Varhaiskontaktin kesto vaihteli selvästi vastaajien välillä. Alle puoli tuntia kestänyt varhaiskontakti toteutui kahdella vastaajalla viidestä. Joka toinen vastaaja puolestaan kertoi varhaiskontaktin kestäneen puolesta tunnista tuntiin. Tätä pidempikestoisia varhaiskontakteja oli vain muutama. Tutkimusten mukaan liian lyhyet ja katkonaiset varhaiskontaktit saattavat

häiritä ensimmäisen imetyksen onnistumista sekä vastasyntyneen sopeutumista (Forster & McLachlan 2007, 276; Bystrova 2008, 54; Bramson ym. 2010, 135). Varhaiskontaktia häiritsevät monesti äidin ja vastasyntyneen hoitoon liittyvät rutiinikäytännöt. Vastasyntyneen ja äidin voinnin niin salliessa varhaiskontaktia on mahdollista pidentää esimerkiksi arvioimalla ja kehittämällä toimintakäytäntöjä edelleen.

Ensi-imetys on yksi tärkeimmistä imetyksen käynnistymiseen liittyvistä tekijöistä. Ensi-imetys toteutui yli puolella vastaajista ensimmäisen tunnin sisällä synnytyksestä ja joka neljännellä vastaajista ensimmäisten kahden tunnin aikana. Ensi-imetyksen onnistuminen perustuu vastasyntyneen ensimmäisten elintuntien aktiiviseen vireystilaan. Imetyksen viivästyminen ensimmäisiä elintunteja pidemmälle saattaa vaikeuttaa imetyksen onnistumista vastasyntyneen ollessa unelias ja haluton imemään rinnalla. (Forster & McLachlan 2007, 276; Moore ym. 2009, 7.)

Lähes neljänneksellä vastaajista ensimmäinen imetys tapahtui vasta tuntien tai vuorokausien kuluttua synnytyksestä. Syyt liittyivät sekä synnytystapaan että synnyttäneen äidin ja vastasyntyneen vointiin. Vastasyntyneen vaatiessa erityistarkkailua tai -hoitoa ei ensi-imetys ole aina mahdollinen. Näissä tilanteissa ensimmäinen imetys tulisi pyrkiä varmistamaan mahdollisimman pian vastasyntyneen voinnin salliessa, ja tukea synnyttänyttä äitiä maidonerityksen käynnistämiseen muilla tavoin. Keisarileikkauksella syntyminen viivästytti kaikkien vastasyntyneiden ensimmäistä imemiskertaa äitinsä rinnalla. Ongelmana viivästyemisessä on usein äidin ja vastasyntyneen hoito toisista erillään. Äidin ja vastasyntyneen yhdessäolomahdollisuuksia lisäämällä pystyttäisiin ensimmäisiä imetyskertoja aikaistamaan.

Suurin osa vastaajista pystyi pitämään vastasyntynyttä ympärivuorokautisessa vierihoidossa. Ympärivuorokautisen vierihoidon on aiemmissa tutkimuksissa ja suosituksissa todettu toimivan imetyksen mahdollistajana tukemalla synnyttäneiden äitien valmiuksia vastata vastasyntyneiden tarpeisiin (ACOG 2007, 6S; DiGirolamo ym. 2008, S47-S48). Joka kuudes vastasyntyneistä oli kuitenkin sairaalassaoloaikana useampia tunteja poissa äitinsä vierestä. Yleisimpiä syitä olivat muun

muassa synnyttäneen äidin levon tarve sekä vastasyntyneen vointiin liittynyt seuranta. Synnytys on raskas prosessi, joka usein aiheuttaa äideille väsymystä. Vastasyntyneiden ympärivuorokautisen vierihoidon tukeminen on näissä tilanteissa haastavaa, mutta synnyttäneitä äitejä motivoimalla, tukemalla ja konkreettisesti auttamalla ympärivuorokautista vierihoitoa voidaan toteuttaa äidin lepäämisestä huolimatta.

Tuttipullon ja huvitutin käyttö oli yleistä Kanta-Hämeen keskussairaalassa synnytyksen jälkeen. Kahdella vastasyntyneellä kolmesta oli sairaalassaoloaikana käytössä huvitutti. Huvitutin käyttöön ei vaikuttanut äidin synnyttäneisyys, tutin käyttö oli yhtä yleistä sekä ensi- että uudelleensynnyttäjien keskuudessa. Tuttipullo puolestaan oli käytössä lähes jokaisella lisämaitoa synnytyssairaalassa saaneella vastasyntyneellä. Huvituttien ja tuttipullojen käytöllä on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu olevan negatiivisia vaikutuksia niin imetyksen onnistumiseen kuin vastasyntyneen imemistekniikkaan rinnalla (Auerbach 2000, 206; Howard ym. 2003, 516; Gartner ym. 2005, 499; ACOG 2007, 10S; Agboado ym. 2010, 8; Moral ym. 2010, 5).

Imetyksen ensipäivät luovat perustan imetyksen onnistumiselle synnyttäneen äidin ja vastasyntyneen harjoittellessa imetystä. Synnyttäneiden äitien ja perheiden tukeminen huvitutin käytön välttämiseksi ensimmäisinä synnytyksen jälkeisinä päivinä voi mahdollistaa ongelmattomamman ja turvallisen imetyksen alun. Ilman huvituttia vastasyntynyt harjoittelee ainoastaan yhtä imemistekniikkaa ja saattaa imeä rinnalla huvituttia käyttäviä vastasyntyneitä useammin. Tehostunut imeminen tukee maidonnousua ja vastasyntyneen riittävän maitomäärän saamista. Tuttipullon käytön vähentäminen synnytyssairaalassa on haasteellisempaa. Osa vastasyntyneistä tarvitsee lisämaitoa muun muassa matalien verensokereiden, kellastumisen tai liiallisen painonlaskun vuoksi. Tuttipullo on totuttuna menetelmänä hoitajille ja vanhemmille helppo ja nopea tapa antaa vastasyntyneelle tämän tarvitsema lisämaito.

## Imetyksen toteutuminen synnytyssairaalassa

Jokainen kyselyyn vastaaja aloitti imetyksen synnytyssairaalassa. Tulos on samansuuntainen kansallisten imetystä tarkastelevien tilastojen ja tutkimusten kanssa (Hannula 2003, 68; Erkkola ym. 2006, 5030-5031; Hasunen & Ryyänen 2006, 25). Imetys on suomalaisessa kulttuurissa luonnollinen jatkumo raskaudelle ja synnytykselle. Suomalaiset äidit ovat motivoituneita aloittamaan imetyksen ja tarjoamaan vastasyntyneelleen tämän tarpeisiin täydellisesti sopivaa ravintoa. Suomalaisten imetyshalukkuutta kuvastaa vertailu esimerkiksi isobritannialaisiin, irlantilaisiin tai yhdysvaltalaisiin synnyttäneisiin äiteihin. Iso-Britanniassa ja Yhdysvalloissa imetyksen aloitti ainoastaan kolme synnyttänyttä äitiä neljästä ja Irlannissa hieman yli puolet. (Scientific Advisory Committee on Nutrition 2008, 38-39; Begley ym. 2009, 62; Grummer-Strawn & Shealy 2009, S31-S32.)

Kanta-Hämeen keskussairaalassa suoritetusta kyselystä kuitenkin selvisi, että kahdeksan vastasyntynyttä kymmenestä sai synnytyssairaalassa lisämaitoa. Lisämaito oli joko luovutettua äidinmaitoa tai äidinmaidonkorviketta. Tulos on samansuuntainen, mutta hieman suurempi muihin kansallisiin tutkimustuloksiin verrattuna (Hasunen & Ryyänen 2006, 26-27; Erkkola ym. 2006, 5030-5031; Hannula ym. 2006b, 180; Hannula ym. 2008b, 16). Kotiutuessa täysimetettyjä (ravitsemus viimeisen 24 tunnin aikana) oli Kanta-Hämeen keskussairaalassa kuitenkin lähes puolet vastasyntyneistä. Tulos oli aikaisempia tutkimustuloksia alhaisempi (Hannula ym. 2006a, 14).

Lisämaidon antaminen vastasyntyneelle ei aina perustu lääketieteelliseen syyhyyn (vrt. Giovannini ym. 2005, 264; Hannula ym. 2008b, 16-17). Lisämaidon antaminen saattaa olla esimerkiksi totuttu tapa tai perustua tiedon puutteeseen imetyksen ensipäivistä. Synnyttäneiden äitien riittävän tietomäärän varmistaminen sekä ennen synnytystä että synnytyksen jälkeen voi vähentää tiedon puutteesta johtuvaa lisämaidon käyttöä. Synnytyssairaaloiden ja äitiysneuvoloiden yhteistyöllä äitien ja perheiden ohjausta pystytään tehostamaan. Riittävät ja oikeat tiedot imetyksen aloittamisesta sekä siihen liittyvistä tekijöistä ovat tärkeitä. Lisämaidon

käyttö voi helposti jatkua kotiutumisen jälkeen tarpeettomana, mutta totuttuna tapana vähentäen täysimetystä ja imetystä lisämaidon antamisen ohella (vrt. Howard ym. 2003, 515; Giovannini ym. 2005, 262-263; Hasunen & Ryyänen 2006, 27; Erkkola ym. 2006, 5029-5031; McAllister ym. 2009, 5; Agboado ym. 2010, 8).

## 7.2 Soveltavan tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen edellytetään noudattavan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tämä koskee tutkimuksen tavoitteita ja kysymyksenasettelua, aineiston keräämistä ja käsittelyä sekä tulosten esittämistä. Hyvällä tieteellisellä käytännöllä pyritään ehkäisemään, etteivät tutkimuksenteon eri vaiheet loukkaa tutkimuksen kohderyhmää, tiedeyhteisöä tai hyvää tieteellistä tapaa. (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 43-44; Vilkkä 2007, 90; Heikkilä 2008, 29; Deane 2010, 8-11.) Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi on prosessi, joka kulkee tutkimuksen teon mukana aina aiheen valinnasta johtopäätösten julkaisuun saakka (vrt. Davies 2007, 44-45; Heikkilä 2008, 188; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172-177). Luotettavuuden ja eettisyyden arviointia on tässä kehittämisprojektissa pyritty tukemaan kuvaamalla kehittämisprojektin loppuraportissa tutkimuksen suunnittelu- ja toteutusvaiheet mahdollisimman tarkasti.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmista. Validiteetti kuvaa sitä, miten tutkimuksessa on onnistuttu mittaamaan tarkoitettua asiaa. Validiteetti kohdistuu muun muassa mittariin ja sen sisältöön sekä tutkimustulosten tulkintaan. (Metsämuuronen 2006, 64-65; Vehkalahti 2008, 40-41; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152-159; Moule & Goodman 2009, 184.) Reliabiliteetilla tarkastellaan mittauksen tulosten pysyvyyttä arvioimalla muun muassa mittauksen tarkkuutta (Vilkkä 2007, 149; Vehkalahti 2008, 41; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 156-157; Moule & Goodman 2009, 186).

Kehittämisprojektin soveltavaa tutkimusta varten laadittu mittari pohjautui kansainväliseen WHO:n laatimaan kyselylomakkeeseen. Kyselylomakkeen avulla synnytyssairaalat voivat arvioida imetyksen ja



imetysohjauksen toteutumista. Alkuperäinen mittari käännettiin suomeksi ja kysymyksiä sekä vastausvaihtoehtoja muokattiin vastaamaan paremmin soveltavan tutkimuksen tarkoitusta ja tavoitteita. Alkuperäinen mittari sisälsi joitakin suomalaisen imetysohjauksen sekä synnytyksen ja lapsivuodeajan hoidon kannalta harvinaisia ja tarpeettomia kohtia. Mittarin esitestauksen tavoitteena oli tarkastella mittarin selkeyttä ja luotettavuutta (vrt. Vehkalahti 2008, 48; Gray 2009, 362; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 154). Kyselylomake esitettiin ennen varsinaisen tutkimuksen aloittamista tutkimuksen kohdejoukkoa vastaavalla ryhmällä. Esitestauksen aineistoa ei otettu mukaan varsinaiseen tutkimukseen. Saatujen tulosten perusteella kyselylomakkeeseen tehtiin vielä joitakin muutoksia ja tarkennuksia ymmärrettävyyden parantamiseksi.

Kyselytutkimuksen luotettavuuteen liittyy olennaisesti otoksen koko. Riittävä ja hyvä otos edustaa tarkasti tutkimuksen kohderyhmää. (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 70-71.) Vastaamattomuudesta aiheutuva kato saattaa vääristää tutkimustuloksia otantatutkimuksessa. Tällöin jotkin joukot voivat karsiutua kokonaan pois aineistosta tai olla vähäisemmin edustettuina. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 41; Gray 2009, 362-363.) Kyselyn vastausprosentti oli 56, ja kyselyn ajankohtaa jatkettiin kahdella viikolla kadosta johtuen. Aineistonkeruun jatkamisella saatiin koottua riittävä tutkimusaineisto, josta luotettavien päätelmien teko olisi mahdollista. Kato saattoi silti vaikuttaa tutkimustuloksiin. Vastaajien taustatietojen tarkastelu tukee kuitenkin tulosten luotettavuutta, sillä vastaajien ikäjakauma, raskauden kesto synnytys hetkellä sekä lasten syntymäpainot viittasivat synnytyssairaalaan tavallisiin potilasryhmiin. Katoon vaikuttaneita syitä saattoivat olla muun muassa kyselyn palautusajankohta juuri ennen kotiinlähtöä, ongelmat äidin tai vastasyntyneen voinnissa synnytyksen jälkeen tai kiinnostuksen puute imetystä ja imetysohjausta kohtaan.

Tutkimukseen liittyvät mittaus- tai käsittelyvirheet tai epäselvyydet saattavat aiheuttaa virheitä sekä heikentää tutkimuksen luotettavuutta (Heikkilä 2008, 187). Tutkimus toteutettiin strukturoituna kyselytutkimuksena, jolloin kaikki vastaajat vastasivat täsmälleen samoihin kysymyksiin. Kyselylomakkeessa oli kuitenkin kahden kysymyksen

kohdalla havaittavissa ohjeista poikkeavia vastaustapoja. Vastaajat olivat valinneet yhden vastausvaihtoehdon sijasta useamman sopivan vaihtoehdon. Nämä vastaukset kirjattiin analysointivaihetta varten vaihtoehtona olleen avoimen vastausvaihtoehdon alle, jonne tämänkaltaisten vastausten ajateltiin jo mittarin laadintavaiheessa sijoittuvan. Vastaukset analysoitiin laadullisin menetelmin.

Mittauksen luotettavuutta voidaan tarkastella tulosten pysyvyyden tai kahden eri tutkijan suorittaman mittauksen kautta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 156-157; Maltby ym. 2010, 246). Strukturoitu kyselylomake tukee mittauksen luotettavuutta. Tutkimustulokset olisivat olleet samanlaiset eri tutkijan samana ajankohtana suorittamassa tutkimuksessa. Imetys, imetyksen onnistuminen sekä imetysohjaus ovat kuitenkin hyvin yksilöllisiä ja tilannesidonnaisia asioita. Näihin vaikuttavat suuresti synnyttäneen äidin ja vastasyntyneen vointi, kiinnostus imetystä kohtaan sekä halu saada ja vastaanottaa ohjausta. Myös henkilökunnan ohjauksen sisältöön ja toteuttamiseen liittyvissä tiedoissa ja taidoissa saattaa olla eroavaisuuksia. Tästä syystä tutkimustulokset eivät ole yleistettävissä kehittämisorganisaation ulkopuolelle, ja saman kyselytutkimuksen toistaminen kehittämisorganisaatiossa eri ajankohtana saattaisi antaa hieman alkuperäisestä poikkeavia tuloksia. Aineiston analysointi pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman tarkasti luotettavuuden parantamiseksi (vrt. Hirsjärvi ym. 2007, 226).

Avoimien vastausvaihtoehtojen laadullinen analysointi edellyttää tutkimuksen luotettavuuden tarkastelua myös laadullisen aineiston analysoinnin näkökulmasta. Laadullisen aineiston tulosten luotettavuus perustuu aineiston analysoinnissa käytettävän luokittelun tarkkaan kuvailuun. Yksityiskohtainen kuvaus auttaa lukijaa ymmärtämään, miten tuloksiin ja johtopäätöksiin on päästy. (Graneheim & Lundman 2004, 110; Elo & Kyngäs 2008, 112; Tuomi & Sarajärvi 2009, 141.) Laadullisesti analysoidut vastausvaihtoehdot lisäsivät tutkimusaineiston syvyyttä ja monipuolisuutta. Aineiston laadullisen analysoinnin etenemistä pyrittiin selventämään esimerkin avulla.

### 7.3 Eettiset kysymykset

Tutkimuksen eettiset kysymykset liittyvät muun muassa aiheen valintaan, tutkimusongelman asetteluun, aineiston keräämiseen, vastaajien vapaaehtoisuuteen ja anonymiteettiin sekä tulosten raportointiin (Davies 2007, 44-45; Hirsjärvi ym. 2007, 23-27; Vilka 2007, 90-92; Gray 2009, 70-73; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176-184). Soveltava tutkimus oli osa laajempaa kehittämisprojektia, joka perustui käytännön hoitotyön tarpeisiin. Kyselyn toteuttamista varten haettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin eettiseltä toimikunnalta puoltava lausunto sekä tutkimuslupa kehittämisorganisaation tulosalueen ylihoitajalta.

Tutkimustyön lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen, joka ilmenee vastaajien itsemääräämisoikeutena. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja tutkittavilla tulee olla oikeus keskeyttää tutkimus milloin tahansa. (Hirsjärvi ym. 2007, 25; Winsett & Cashion 2007, 640; Gray 2009, 70-73; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177; Moule & Goodman 2009, 56-61; Maltby ym. 2010, 348.) Kohderyhmää informoitiin soveltavan tutkimuksen saatekirjeessä vapaaehtoisuudesta sekä vastausten luottamuksellisuudesta. Lisäksi saatekirjeessä kuvattiin tutkimuksen tarkoitus sekä tutkimuksella ja kehittämisprojektilla tavoiteltavat hyödyt. Saatekirje sisälsi myös tutkijan yhteystiedot mahdollisten tutkimukseen liittyvien lisäkysymysten varalta. Tutkimukseen osallistujilta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimuksen tiedonannon jälkeen.

Tutkijan tulee kunnioittaa ja suojella tutkittavien yksityisyyttä (Vilka 2007, 95; Winsett & Cashion 2007, 640; Gray 2009, 78-79). Vastaajien anonymiteetin turvaaminen vaikuttaa muun muassa tutkimusaineiston käsittelyyn, säilytykseen sekä tutkimustulosten julkaisuun (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179-180; Moule & Goodman 2009, 64-66). Tutkimukseen vastattiin nimettömästi ja kyselylomakkeet palautettiin suljetuissa kirjekuorissa suljettuun palautuslaatikkoon. Henkilötietoja sisältäneet suostumuslomakkeet palautettiin erilliseen suljettuun kirjekuoreen. Tutkimusaineistoa käsitteli ainoastaan tutkija. Tulokset esitettiin siten, ettei vastauksista tai kerätyistä taustatiedoista (ikä,

synnyttäneisyys, synnytystapa, lapsen syntymäpaino sekä raskausviikot synnytyshetkellä) voinut tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Tutkimusaineisto säilytettiin tietokoneen tiedostoina ja alkuperäiset kyselylomakkeet sekä suostumuslomakkeet toisistaan erillään lukitussa paikassa. Tutkimusaineisto ja suostumuslomakkeet hävitetään asianmukaisesti kehittämisprojektin loppuraportin valmistumisen ja tarkastamisen jälkeen.

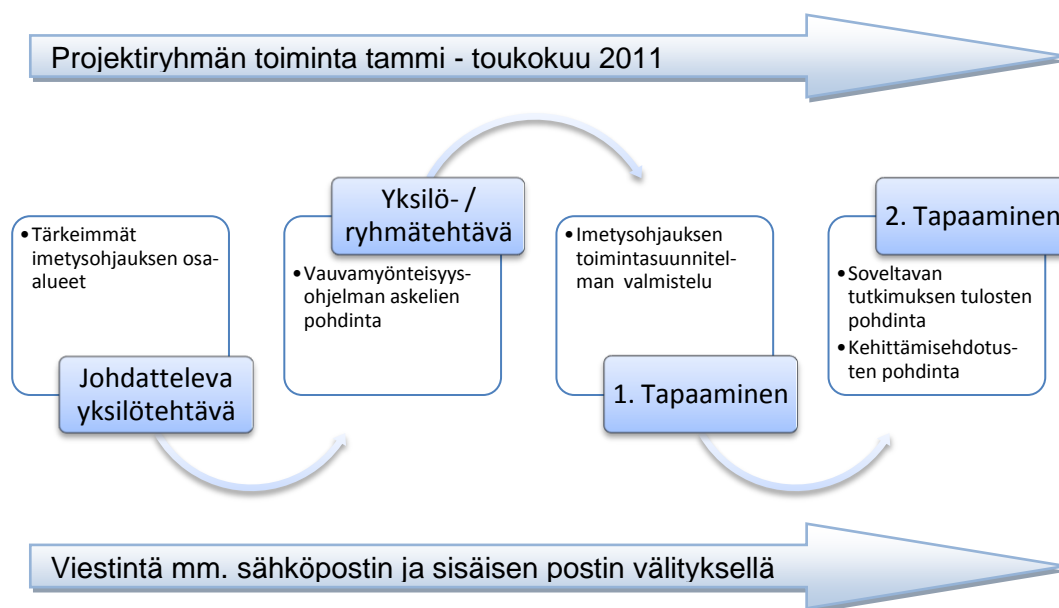
Tutkimustulosten esittämisen tulee perustua rehellisyyteen ja puolueettomuuteen (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 51-52; Gray 2009, 79-80). Soveltavan tutkimuksen menetelmällä ja valitulla mittarilla saatiin vastaukset aineiston keruuta ohjanneeseen kysymykseen. Soveltavan tutkimuksen tulokset pohjautuivat tutkimusaineistoon, ja tulokset pyrittiin kuvaamaan kehittämisprojektin loppuraportissa mahdollisimman kattavasti ja rehellisesti. Kehittämisprojektin loppuraportti toimitettiin mukana olleille osastoille ja tulosalueen ylihoitajalle. Raportti on saatavana sähköisesti keväällä 2012.

## **8 IMETYSOHJAUksen KEHITTÄMINEN KANTA-HÄMEEN KESKUSSAIRAALASSA**

### **8.1 Projektiryhmän toiminta**

Projektiryhmän kokoaminen aloitettiin syksyllä 2010. Kaikille synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä vastasyntyneen hoitoon osallistuville osastoille, synnytyssaliin ja äitiyspoliklinikalle, synnytysvuodeosastolle sekä vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastolle, jaettiin tiedotteet projektiryhmän kokoamisesta. Tiedotteessa kerrottiin muun muassa kehittämisprojektin tavoitteesta, alustavasta aikataulusta sekä kuormittavuudesta osallistujille. Projektiryhmään toivottiin edustajia jokaiselta osastolta, ja tämä tavoite toteutui. Projektiryhmään saatiin kymmenen jäsentä. Osallistuminen ryhmän toimintaan perustui haluun kehittää osastojen toimintaa sekä raskaana oleville ja synnyttäneille äideille sekä perheille annettavaa imetysohjausta ja -neuvontaa. Projektiryhmän toimintaan osallistuminen oli kaikille vapaaehtoista.

Toiminta muodostui sekä yksilö- että ryhmätyöskentelystä (kuvio 16). Projektiryhmän varsinainen toiminta alkoi tammikuussa 2011 aiheeseen johdattelevalla kysymyksellä. Ensimmäisen tehtävänannon yhteydessä informoitiin kehittämisprojektin etenemisestä ja projektiryhmän tulevasta toiminnasta. Ensimmäisen tehtävän tarkoituksena oli tuoda esille projektiryhmän jäsenten mielestä tärkeimpiä imetysohjauksen osa-alueita imetyksen onnistumisen kannalta. Tehtävä toteutettiin sähköpostin välityksellä. Projektiryhmäläiset nostivat tehtävän välityksellä monipuolisesti esille imetysohjauksen tärkeitä osa-alueita.



Kuvio 16. Projektiryhmän toiminta.

Helmikuussa 2011 projektiryhmän toiminta jatkui Vauvamyönteisyysohjelman Kymmenen askeleen käsittelyllä. Tavoitteena oli alustaa imetysohjauksen toimintasuunnitelman laatimista pohtimalla eri imetysohjauksen osa-alueiden tavoiteltavaa toteutumista kehittämisosastoilla. Jokainen projektiryhmän jäsen sai pohdittavakseen kaksi imetysohjauksen osa-aluetta. Tehtävän sai tehdä joko itsenäisesti tai työtovereiden osaamista ja mielipiteitä hyödyntäen. Projektiryhmäläiset saivat pohdinnan tueksi kehittämisprojektin esiselvityksen teoreettisen viitekehyksen osalta, kansalliset hoitotyön suositukset imetysohjauksen toteuttamisesta sekä lisätietoa imetysohjauksen toimintasuunnitelmasta. Tehtävänanto ja oheismateriaalit toimitettiin projektiryhmäläisille kirjallisena. Tehtävän myötä projektipäällikkö sai runsaasti aineistoa

imetysohjauksen toimintasuunnitelman pohjaksi imetysohjauksen toteuttamisesta kehittämisosastoilla.

Projektiryhmä kokoontui kevään 2011 aikana kaksi kertaa. Projektiryhmän kokoukset olivat vapaamuotoisia ja ideariihityyppisiä tapaamisia. Kaikki projektiryhmän jäsenet eivät pystyneet osallistumaan molempiin kokouksiin, mutta osallistujia oli silti molemmilla kerroilla jokaiselta osastolta. Huhtikuun 2011 projektiryhmän kokouksen tavoitteena oli käydä läpi Vauvamyönteisyysohjelmaan perustuvan imetysohjauksen toimintasuunnitelman osa-alueita. Kokouksen aikana imetysohjauksen nykytilannetta ja tavoitteita imetysohjauksen toteuttamiselle eri osastoilla pohdittiin kriittisesti ja monipuolisesti. Keskustelu oli vilkasta ja aktiivista. Kokouksen päätteeksi projektiryhmän jäsenet saivat informaatiota seuraavan kokouksen aikataulusta ja sisällöstä. Projektipäällikkö muotoili kokouksessa käsitellyt asiat imetysohjauksen toimintasuunnitelman luonnokseksi.

Projektiryhmän toinen tapaaminen toteutui toukokuussa 2011. Kokouksen tavoitteena oli tuoda esille imetysohjauksen kehittämistarpeita osastoilla perustuen keväällä 2011 toteutetun asiakaskyselyn tuloksiin. Kokouksessa käsiteltiin asiakaskyselyn tuloksia, jotka saivat aikaan runsasta keskustelua imetysohjauksen kehittämisestä. Projektiryhmän jäsenillä oli samankaltaisia näkemyksiä niin imetysohjauksen nykytilan kuin kehittämistarpeiden suhteen. Kokouksessa käytiin lisäksi läpi edellisen kokouksen pohjalta laadittua imetysohjauksen toimintasuunnitelman luonnosta. Projektiryhmän jäsenet hyväksyivät luonnoksen sisällön. Kokouksen lopuksi projektipäällikkö kertoi kehittämisprojektin jatkosta ja suunnitellusta päättymisajankohdasta.

## 8.2 Kanta-Hämeen keskussairaalan imetysohjauksen toimintasuunnitelma

Kehittämisprojektin tavoitteiden mukaisesti projektiryhmä laati Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytysten tulosyksikölle imetysohjauksen toimintasuunnitelman (LIITE 5). Toimintasuunnitelma perustuu kansallisen Imetyksen edistäminen Suomessa -toimintaohjelman suosituksiin (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009), näyttöön

perustuvaan tietoon sekä projektiryhmän työskentelyn tuloksiin. Imetysohjauksen toimintasuunnitelma määrittelee kehittämisosastoilla raskaana oleville ja synnyttäneille äideille perheineen annettavaa imetysohjausta ja imetystä tukevia hoitokäytäntöjä. Toimintasuunnitelmaa laadittaessa pyrittiin arvioimaan ja huomioimaan käytettävissä olevat resurssit sekä luomaan realistiset tavoitteet imetysohjauksen kehittämiselle osastoilla. Toimintasuunnitelman pohjana on WHO:n ja UNICEF:in Vauvamyönteisyysohjelmaan kirjatut Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 5-7; WHO & UNICEF 2009b, 1-4).

Luonnos Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytysten tulosityksikön imetysohjauksen toimintasuunnitelmaksi valmistui projektiryhmän kokousten jälkeen toukokuussa 2011. Luonnos esiteltiin ohjausryhmän kokouksessa kesäkuussa 2011. Ohjausryhmän antaman palautteen perusteella toimintasuunnitelmaan tehtiin joitakin tarkennuksia. Luonnos oli kehittämisosastojen henkilökunnan tutustuttavana sekä kommentoitavana kesällä 2011. Lopullinen toimintasuunnitelma esiteltiin kehittämishankkeen loppuraportin yhteydessä.

Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytysten tulosityksikön imetysohjauksen toimintasuunnitelma sisältää kaksitoista pääkohtaa. Toimintasuunnitelman alussa käsitellään kehittämisosastojen imetysohjauksen perustaa ja toteutusta ohjaavia tekijöitä (WHO & UNICEF 2009b, 32) sekä henkilökunnan osaamista (vrt. Ekström ym. 2005, 429-430; Nelson 2007, 32-35; Spiby ym. 2009, 60). Toimintasuunnitelmassa määritellään henkilökunnalle suositeltava osaaminen sekä keinoja ohjauksen toteutumisen varmistamiseen. Imetysohjauksen aloittaminen jo raskausaikana tukee imetyksen käynnistymistä ja onnistumista synnytyksen jälkeen. Kanta-Hämeen keskussairaalassa raskaudenaikainen imetysohjaus painottuu sekä ryhmäohjaukseen imetystä tukevista hoitokäytännöistä tutustumiskäyntien yhteydessä että äideille ja perheille yksilöllisten tarpeiden mukaan suunnattuun ohjaukseen. (Vrt. Hannula ym. 2006, 183; Hannula ym. 2008a, 1133; Järvenpää 2008, 1148.)

Toimintasuunnitelmassa käsiteltävien imetystä tukevien hoitokäytäntöjen avulla pyritään kaikille synnyttäneille äideille ja vastasyntyneille luomaan samankaltaiset edellytykset imetyksen onnistumiseksi ja perheiden hyvinvoinnin perustaksi. Käsiteltävillä hoitokäytännöillä (varhaiskontakti, ensi-imetus, imetyksen tukeminen äidin ja vastasyntyneen erotilanteissa, lisämaidon käytön välttäminen, ympärivuorokautinen vierihoito, lapsentahtinen imetus sekä huvituttien käytön välttäminen) on todettu olevan merkittävä vaikutus imetyksen onnistumiselle ja jatkumiselle kotiutumisen jälkeen (Giovannini ym. 2005, 262; Hannula ym. 2006, 183; DiGirolamo ym. 2008, S46; Declercq ym. 2009, 931-933; WHO & UNICEF 2009b, 3).

Imetyksen hyvän alun varmistaminen synnytyssairaalassa ei kuitenkaan yksin riitä takaamaan imetyksen jatkumista kotiutumisen jälkeen tai imetyssuositusten toteutumista. Imetysohjauksen toimintasuunnitelmassa yhteistyötä perheiden kanssa toimivien eri osastojen ja tahojen välillä pyritään kehittämään. Yhtenäisillä toimintaperiaatteilla ja ohjauksella synnyttäneitä äitejä ja perheitä pystytään monipuolisemmin tukemaan heidän imetykseen liittyvien tavoitteiden saavuttamisessa (vrt. WHO 2003, 17; Hannula ym. 2005, 1710; Murray ym. 2007, 205; Dyson ym. 2010, 4).

### 8.3 Imetysohjauksen kehittämistarpeet Kanta-Hämeen keskussairaalassa

Imetysohjauksen toteutumista kartoittaneen soveltavan tutkimuksen tulosten pohjalta projektiryhmä käsitteli imetysohjauksen tilaa kehittämisosastoilla. Keskusteluissa nousi esille imetysohjauksen kehittämiskohteita, jotka projektiryhmäläiset arvioivat tarpeellisiksi toiminnan kehittämisessä kohti yhtenäistä ja suositusten mukaista imetysohjausta.

Imetysohjauksen yhtenäistäminen koettiin projektiryhmässä erittäin tärkeäksi osa-alueeksi Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytysten tulosityksikön imetysohjauksen kehittämisessä. Imetysohjauksen yhtenäistäminen edellyttää henkilökunnalta yhtenäistä tietopohjaa sekä sitoutumista imetystä tukevien hoitokäytäntöjen toteuttamiseen. Yhtenäinen tietopohja voidaan varmistaa riittävällä imetysohjaukseen



liittyvällä koulutuksella ja perehdytyksellä. Ohjauksen toteutumista voidaan tukea laatimalla yhtenäinen ohjeistus ja sisältörunko kehittämisosastoilla raskaana oleville ja synnyttäneille äideille perheineen annettavasta imetysohjauksesta (vrt. Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 61). Ohjeistuksessa voidaan yksityiskohtaisesti määritellä imetysohjauksen asiasisällöt äitien ja perheiden synnytyssairaalassa tapahtuvan hoidon eri vaiheissa.

Tärkeänä kehittämiskohteena projektiryhmässä koettiin lisäksi yhteistyön tiivistäminen ja kehittäminen muiden raskaana olevien ja synnyttäneiden äitien, vastasyntyneiden sekä perheiden hoitoon liittyvien tahojen kanssa. Erityisesti esille nousi yhteistyö synnytyssairaalassa toimivan vastasyntyneiden tehostetun hoidon osaston sekä äitiys- ja lastenneuvoloiden kanssa. Kehittämiskohteina voivat olla esimerkiksi yhteydenpidon ja raportoinnin kehittäminen, yhtenäisen tietopohjan lisääminen koulutuksen avulla sekä toinen toistaan tukevan ohjaussisällön varmistaminen. Toimiva yhteistyö eri toimipisteiden välillä mahdollistaa asiakkaiden saumattoman imetysohjauksen imetyksen eri vaiheissa (vrt. WHO 2003, 17; Hannula ym. 2005, 1710; Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 103-104). Yhtenäisellä ohjauksella vahvistetaan äitien itseluottamusta ja tuetaan imetyksen onnistumista sekä jatkumista. Ohjauksen yhtenäistämisessä tulee kuitenkin huomioida eri toimipisteiden erilaiset tehtäväkuvat, esimerkiksi imetysohjaus terveen tai sairaan vastasyntyneen äidille ja perheelle.

Imetysohjauksen kehittämiseksi koettiin tarvittavan ajantasaista tietoa imetysohjauksen ja imetystä tukevien hoitokäytäntöjen toteutumisesta. Tarvittavia tietoja voidaan kerätä säännöllisen tilastoinnin avulla (vrt. Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 10). Tarkasteltavia osa-alueita voivat olla esimerkiksi lisämaidon käyttö, varhaiskontaktin ja ensi-imetyksen toteutuminen, vierihoidon toteutuminen sekä imetys kotiutuessa. Tilastoinnin kautta saatavien tulosten avulla pystytään tunnistamaan mahdollisia imetysohjauksen ongelmakohtia, arvioimaan ja kehittämään toimintaa sekä kohdentamaan henkilökunnan tarvitsemaa koulutusta.

Yksittäisistä imetysohjauksen sisältöön tai hoitokäytäntöihin liittyvistä aihealueista projektiryhmässä nousivat esiin lisämaidon käyttö terveiden vastasyntyneiden ravitsemuksessa, lisämaidon antokriteerit lisäseurantaa ja tarkkailua vaativilla vastasyntyneillä, ihokontaktin hyödyntäminen imetyksen onnistumisen tukena sekä huvituttien käyttö. Lisämaidon käyttö synnytyssairaalassa edellyttää henkilökunnalta riittävää imetykseen ja imetysohjaukseen liittyvää tietoperustaa sekä selkeää ohjeistusta, jotta imetyksen onnistumista voitaisiin mahdollisimman hyvin tukea. Olemassa olevia lisämaidon antokriteerejä tulee myös tarkistaa säännöllisesti. Huvituttien käyttöön liittyen on tarpeen varmistaa perheiden tietopohja huvitutin käytön vaikutuksista imetyksen alkuvaiheisiin. Useat perheet tuovat synnytyssairaalaan mukaan oman huvitutin, joka estää henkilökuntaa arvioimasta huvitutin tarvetta yhdessä perheen kanssa. Ihokontaktin jatkaminen myös lapsivuodeosastolla koettiin pohdintaa vaativana aihealueena. Ihokontaktin hyödyntämisellä lapsivuodeosastolla voitaisiin imetyksen lisäksi tukea myös vastasyntyneiden lämmönsäätelyä ja verenokeritasapainoa.

## 9 KEHITTÄMISPROJEKTIN POHDINTA

Imetyksen suotuisat vaikutukset ovat olleet tiedossa jo pitkään. Vaikka suomalaiset äidit ja perheet kokevat imetyksen tärkeänä, eivät imetykselle asetetut suositukset toteudu. Imetyksen edistäminen Suomessa -toimintaohjelma on ensimmäinen valtakunnallinen imetyksen edistämiseen perustuva suositus käytännön imetysohjauksen toteutumisen tukemiseksi (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009). Näihin toimintaohjelmassa esitettyihin suosituksiin sekä käytännön toiminnasta nousseisiin toiminnan kehittämistarpeisiin perustui tämä kehittämisprojekti imetysohjauksen kehittämiseksi Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Kehittämisprojekti soveltui aiheensa puolesta myös itsenäiseksi jatkeeksi kehittämisyksiköissä käynnissä olleelle Potilasohjaushankkeelle (Hietasola-Husu 2009).

Kehittämisprojekti sai ideointivaiheesta alkaen taakseen johdon tuen. Kehittämisprojektin toteuttamiselle tunnistettiin selkeä tarve, sillä Kanta-

Hämeen keskussairaalan synnytysten tulosityksikössä ei ollut kirjallista imetysohjauksen toimintasuunnitelmaa. Toimintasuunnitelma on henkilökunnan antaman imetysohjauksen perusta määritellen, miten imetyksen onnistumista tukevan Vauvamyönteisyysohjelman Kymmenen askeleen tulisi osastoilla toteutua (WHO & UNICEF 2009b, 32). Imetysohjauksen kehittäminen oli synnytysten tulosityksikössä ajankohtainen asia, johon oli panostettu jo muutaman vuoden ajan muun muassa henkilökunnan koulutuksen kautta.

Projektiorganisaatio toimi kehittämisprojektin puitteissa joustavasti, projektin etenemistä tukien. Ohjausryhmän kokoukset olivat ennalta määrättyjä, mutta välttämättömiä projektin etenemisen kannalta. Positiivisin ohjausryhmän kokousten anti oli kuitenkin huomata imetyksen tärkeyden tiedostaminen sekä halu imetysohjauksen kehittämiseen myös muissa ammattiryhmissä ja organisaation eri tasoilla. Projektiryhmän toimintaan osallistuminen perustui jokaisen projektiryhmäläisen kiinnostukseen imetysohjauksen kehittämistä kohtaan. Tulosten saavuttaminen olisi ollut vaikeaa ilman projektiryhmän jäsenten panosta. Työelämämentori oli korvaamaton apu ja tuki kehittämisprojektin eri vaiheissa. Paitsi konkreettisen kehittämistyön mahdollistajana mentori toimi projektipäällikön tukena ja kannustajana motivoiden pyrkimyksissä tavoitteiden saavuttamiseksi.

Kehittämisprojektin projektipäällikkönä toimiminen oli uusi ja haastava kokemus. Sitoutuminen pitkäkestoiseen projektiin kehitti yleisiä projektinhallinnan taitoja, mutta opetti myös paljon vuorovaikutuksesta, asiantuntijuudesta sekä paineen siedosta. Kehittämisprojektin etenemisessä ilmeni ajoittain vastoinkäymisiä, joiden yli pääseminen tuntui hankalalta. Keskustelut opinnäytetyön ohjaajan ja työelämämentorin kanssa auttoivat kuitenkin keskittymään olennaiseen. Kehittämisprojektin onnistumisen kannalta tärkeintä ei ollut jokaisen suunnitellun yksityiskohdan toteutuminen täydellisesti, vaan projektilla tavoiteltujen tulosten saavuttaminen.

Kehittämisprojekti eteni täysin suunnitelmien mukaisesti projektin aikataulua lukuun ottamatta. Aikataulua jouduttiin muuttamaan soveltavan

tutkimuksen toteutuksen osalta. Synnyttäneille äideille suunnatun kyselyn toteuttamista varten eettiseltä toimikunnalta haetun puoltavan lausunnon saanti kesti suunniteltua pidempään. Lisäksi aineiston keruun ajankohtaa jouduttiin jatkamaan kahdella viikolla liian vähäisen vastausprosentin vuoksi. Soveltavan tutkimuksen osuuteen liittyneet aikataululliset muutokset eivät kuitenkaan vaikuttaneet muun projektin etenemiseen. Aikatauluihin oli jo suunnitteluvaiheessa jätetty liikkumatilaa yllättävien muutosten varalta.

Tämän kehittämisprojektin pitkän aikavälin kehitystavoitteena oli varmistaa laadukkaan ja yksilöllisen imetysohjauksen ja -neuvonnan toteutuminen kaikille Kanta-Hämeen alueen raskaana oleville ja synnyttäneille naisille. Kehittämisprojektin tuloksena Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytysten tulosityksikölle laadittiin imetysohjauksen toimintasuunnitelma. Lisäksi soveltavan tutkimuksen avulla kartoitettiin imetysohjauksen toteutumista synnyttäneiden äitien näkökulmasta. Kyselyn tulosten pohjalta projektiryhmä pyrki tunnistamaan imetysohjauksen kehittämistarpeita osastoilla.

Imetysohjauksen toimintasuunnitelman laatiminen toteutui tavoitteiden mukaisesti. Tämä edellytti kuitenkin projektiryhmäläisten työpanosta myös projektiryhmän tapaamisten ulkopuolella. Ilman projektiryhmäläisten alustuksia toimintasuunnitelman eri osa-alueista ei imetysohjauksen toimintasuunnitelman laatiminen olisi onnistunut projektiryhmän tapaamisten puitteissa. Toimintasuunnitelman laatiminen oli antoisaa ja sujuvaa aktiivisen ja imetysohjauksesta kiinnostuneen projektiryhmän kanssa. Kaikkien projektiryhmän jäsenten monipuolista osaamista imetyksen tukemisesta ja ohjaamisesta ei kuitenkaan pystytty halutulla tavalla hyödyntämään toimintasuunnitelman keskittyessä terveen vastasyntyneen imetysohjaukseen. Kehittämisosastojen henkilökunnalla oli mahdollisuus tutustua ja kommentoida toimintasuunnitelmaa luonnosvaiheessa. Palautetta tai kommentteja ei henkilökunnalta tullut. Toimintasuunnitelman laatiminen on imetysohjauksen kehittämisen yksinkertaisempia vaiheita. Todellisena haasteena onkin jatkossa henkilökunnan motivointi toimintasuunnitelman käyttöönottoon ja

hyödyntämiseen raskaana olevien naisten, synnyttäneiden äitien sekä perheiden imetysohjauksen pohjana. Tämä edellyttää pitkäjänteistä työtä.

Soveltavan tutkimuksen toteuttaminen hyvää tutkimuskäytäntöä (vrt. Clarkeburn & Mustajoki 2007, 43-44; Vilka 2007, 90; Heikkilä 2008, 29; Deane 2010, 8-11) noudattaen oli vaativaa. Mittarin kehittämiseen tätä kehittämisprojektia varten sisältyi riskejä, joita pyrittiin hallitsemaan mittarin esitestauksen avulla. Esitestauksen tulosten perusteella mittariin tehdyt korjaukset eivät täysin estäneet epäselvyyksiä vastauksissa. Virheellisesti kirjatut vastaukset pystyttiin kuitenkin hyödyntämään tutkimuksessa. Vastausprosentti vastasi yleistä kyselytutkimuksen vastausprosenttia, mutta vastausprosentti oli toivottua alhaisempi. Tämä johti aineiston keruun jatkamiseen kahdella viikolla suunniteltua pidempään. Kyselylomakkeiden palautusajankohta oli haastava, juuri ennen synnytyssairaalasta kotiutumista. Tutkimuksessa tarvittiin kuitenkin tietoa koko sairaalassa oloajalta, jonka vuoksi kyselyä ei ollut mahdollista palauttaa aiemmin. Monet perheet odottavat kotiutumista malttamattomina, joka varmasti vaikutti halukkuuteen tutkimukseen osallistumisesta.

Imetysohjauksen kehittämistarpeiden tunnistaminen soveltavan tutkimuksen tuloksia hyödyntäen osoittautui oletettua haastavammaksi. Projektiryhmän jäsenet tiedostivat tarpeen imetysohjauksen kehittämiselle jo käytännön työskentelyn pohjalta, ja jokaisella oli entuudestaan mielessä imetysohjaukseen liittyviä kehittämistarpeita. Tutkimustulosten pohjalta nousi kuitenkin esiin selkeitä osa-alueita niin imetysohjauksen sisällössä kuin hoitokäytäntöjen toteutumisessa, jotka edellyttävät kehittämistä imetyksen tukemiseksi synnytyssairaalassa. Menetelmiä kehittämisen välineiksi ei aikataulun puitteissa pystytty pohtimaan.

Imetysohjauksen toimintasuunnitelman laatiminen vastaa osaltaan Imetyksen edistäminen Suomessa -toimintaohjelmassa annettuihin suosituksiin imetysohjauksen kehittämisestä synnytyssairaalassa. Kaikkien toimintaohjelman asettamien tavoitteiden saavuttaminen edellyttää kuitenkin systemaattista kehittämistyötä Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Jatkossa Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytysten

tulosyksikössä olisi tarpeen asettaa selkeät tavoitteet imetysohjauksen kehittämiselle. Myös imetysohjauksen sisällön määrittely raskaana olevan ja synnyttäneen äidin sekä vastasyntyneen hoidon eri vaiheisiin tukisi yhtenäisen imetysohjauksen toteutumista.

## LÄHTEET

Abrahams, S. & Labbok, M. 2009. Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *International Breastfeeding Journal* Vol. 4 No. 11/2009, 1-6. Viitattu 3.9.2011

<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/4/1/11>

ACOG. 2007. Breastfeeding: Maternal and Infant Aspects. Special report from ACOG. *ACOG Clinical Review* Vol. 12 No. 1/2007, 1S-16S.

Agboado, G.; Michel, E.; Jackson, E. & Verma, A. 2010. Factors associated with breastfeeding cessation in nursing mothers in a peer support programme in Eastern Lancashire. *BMC Pediatrics* Vol. 10 No. 3/2010, 1-10. Viitattu 18.8.2010 <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/10/3>

Amir, L. & Donath, S. 2008. Socioeconomic status and rates of breastfeeding in Australia: Evidence from three recent national health surveys. *Medical Journal of Australia* Vol. 189 No. 5/2008, 254-256.

Asole, S.; Spinelli, A.; Antinucci, L. & Di Lallo, D. 2009. Effect of Hospital Practices on Breastfeeding: A Survey in the Italian Region of Lazio. *Journal of Human Lactation* Vol. 25 No. 3/2009, 333-340.

Attard Montalto, S.; Borg, H.; Buttigieg-Said, M. & Clemmer, E. 2010. Incorrect advice: the most significant negative determinant on breast feeding in Malta. *Midwifery* Vol. 26 No.1/2010, e6-e13.

Auerbach, K. 2000. Evidence-based care and the breastfeeding couple: key concerns. *Journal of Midwifery & Womens Health* Vol. 45 No. 3/2000, 205-211.

Bartington, S.; Griffiths, L.; Tate, A. & Dezateux, C. 2006. Are breastfeeding rates higher among mothers delivering in Baby Friendly accredited maternity units in the UK? *International Journal of Epidemiology* Vol. 35 No. 5/2006, 1178-1186.

Begley, C.; Gallagher, L.; Clarke, M.; Carrol, M. & Millar, S. 2009. The National Infant Feeding Survey. Ireland: The Health Service Executive. Viitattu 8.9.2011  
[http://www.breastfeeding.ie/uploads/files/National\\_Infant\\_Feeding\\_Survey\\_2008.pdf](http://www.breastfeeding.ie/uploads/files/National_Infant_Feeding_Survey_2008.pdf)

Bramson, L.; Lee, J.; Moore, E.; Montgomery, S.; Neish, C.; Bahjri, K. & Lopez Melcher, C. 2010. Effect of early skin-to-skin mother infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *Journal of Human Lactation* Vol. 26 No. 2/2010, 130-137.

Bystrova, K. 2008. Skin-to-skin contact and suckling in early postpartum: Effects on temperature, breastfeeding and mother-infant interaction. Karolinska institutet, Department of Women and Child Health. Stockholm: Karolinska University Press.

Cadwell, K. 2007. Latching-On and Suckling of the Healthy Term Neonate: Breastfeeding Assessment. *Journal of Midwifery and Womens Health* Vol. 52 No. 6/2007, 638-642.

Cattaneo, A.; Yngve, A.; Koletzko, B. & Guzman, L. 2005. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutrition* Vol. 8 No. 1/2005, 39-46.

Chien, L.-Y.; Tai, C.-J.; Chu, K.-H.; Ko, Y.-L. & Chiu, Y.-C. 2007. The number of Baby Friendly hospital practices experienced by mothers is positively associated with breastfeeding: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* Vol. 44 No. 7/2007, 1138-1146.

- Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tampere: Vastapaino.
- Davies, M. 2007. Doing a Successful Research Project. United Kingdom: Palgrave MacMillan.
- Deane, M. 2010. Academic research, writing & referencing. England: Pearson.
- Declercq, E.; Lobbok, M.; Sakala, C. & O'Hara, M. 2009. Hospital practices and women's likelihood of fulfilling their intention to exclusively breastfeed. *American Journal of Public Health* Vol. 99 No. 5/2009, 929-935.
- Deufel, M. & Montonen, E. 2010. Vauvantahtinen imettäminen. Teoksessa Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) *Onnistunut imetys*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 429-433.
- DiGirolamo, A.; Grummer-Strawn, L. & Fein, S. 2008. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics* Vol. 122 No. supplement 2/2008, S43-S49. Viitattu 6.8.2010 [http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/122/Supplement\\_2/S43](http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/122/Supplement_2/S43)
- Dyson, L.; McCormick, F. & Renfrew, M. 2008. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *The Cochrane Library*, Issue 4. Viitattu 20.8.2010 <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD001688/frame.html>
- Dyson, L.; Renfrew, M.; McFadden, A.; McCormick, F.; Herbert, G. & Thomas, J. 2010. Policy and public health recommendations to promote the initiation and duration of breast-feeding in developed country settings. *Public Health Nutrition* Vol. 13 No. 1/2010, 137-144.
- Ekström, A.; Widström, A.-M. & Nissen, E. 2005. Process-oriented training in breastfeeding alters attitudes to breastfeeding in health professionals. *Scandinavian Journal of Public Health* Vol. 33 No. 6/2005, 424-431.
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 62 No. 1/2008, 107-115.
- Erkkola, M.; Kronberg-Sipilä, C.; Knip, M. & Virtanen, S. 2006. Ravitsemus elämänkaaren alkupäässä – tavoitteisiin matkaa. *Suomen Lääkärilehti* Vol. 61 No. 48/2006, 5029-5035.
- Erlandsson, K.; Dsilna, A.; Fagerberg, I. & Christensson, K. 2007. Skin-to-Skin Care with the Father after Cesarean Birth and Its Effect on Newborn Crying and Prefeeding Behavior. *Birth* Vol. 34 No. 2/2007, 105-114.
- Fewtrell, M.; Morgan, J.; Duggan, C.; Gunnlaugsson, G.; Hibberd, P.; Lucas, A. & Kleinman, A. 2007. Optimal duration of exclusive breastfeeding: what is the evidence to support current recommendations? *The American Journal of Clinical Nutrition* Vol. 85 No. suppl/2007, 635S-638S.
- Forster, D. & McLachlan, H. 2007. Breastfeeding initiation and birth setting practices: A review of the literature. *Journal of Midwifery & Womens Health* Vol. 52 No. 3/2007, 273-280.
- Gartner, L.; Morton, J.; Lawrence, R.; Naylor, A.; O'Hare, D.; Schanler, R. & Eidelman, A. 2005. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* Vol. 115 No. 2/2005, 496-506. Viitattu 9.8.2010 <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/115/2/496>
- Giovannini, M.; Riva, E.; Banderali, G.; Salvioni, M.; Radaelli, G. & Agostoni, C. 2005. Exclusive versus predominant breastfeeding in Italian maternity wards and feeding practices through the first year of life. *Journal of Human Lactation* Vol. 21 No. 3/2005, 259-265.
- Graneheim, U. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* Vol. 24 No. 2/2004, 105-112.
- Gray, D. 2009. Doing Research in the Real World. Great Britain: Sage.



- Grummer-Strawn, L. & Shealy, K. 2009. Progress in Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding: 1984–2009. *Breastfeeding Medicine* Vol. 4 No. Supplement 1/2009, S31–S39.
- Hannula, L. 2003. Imetysnäkömykset ja imetyksen toteutuminen. Suomalaisten synnyttäjien seurantatutkimus. Turun yliopiston julkaisuja 195. Sarja C. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hannula, L.; Kaunonen, M. & Tarkka, M.-T. 2008a. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing* Vol. 17 No. 9/2008, 1132-1143.
- Hannula, L.; Koskinen, K.; Kumpula, M. & Otronen, K. 2005. Imetystä täytyy tukea – Suomessakin. *Suomen Lääkärilehti* Vol. 60 No. 15/2005, 1709-1710.
- Hannula, L.; Leino-Kilpi, H. & Puukka, P. 2006a. Imetyksen ja imetysohjauksen toteutuminen sairaalassa. *Tutkiva Hoitotyö* Vol. 4 No. 4/2006, 11-17.
- Hannula, L.; Leino-Kilpi, H. & Puukka, P. 2006b. Imetyksestä selviytyminen ja lisäruoan käyttö synnytyssairaalassa – äitien näkökulma. *Hoitotiede* Vol. 18 No. 4/2006, 175-185.
- Hannula, L.; Rytönen, L.; Kumpula, M.; Puukka, P.; Helenius, L. & Pakola, M. 2008b. Lisämaidon anto vastasyntyneelle lapsivuodeosastolla. *Tutkiva Hoitotyö* Vol. 6 No. 1/2008, 12-18.
- Hasunen, K.; Kalavainen, M.; Keinonen, H.; Lagström, H.; Lyytikäinen, A.; Nurttila, A.; Peltola, T. & Talvia, S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hasunen, K. & Rynnänen, S. 2006. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:19. Helsinki: Yliopistopaino.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Hietasola-Husu, S. 2009. Potilasohjaushanke, ensimmäisen vaiheen loppuraportti. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. 2010. Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen naisen sekä perheen imetysohjaus. Hoitotyön suositus. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö. Viitattu 23.9.2011 <http://www.hotus.fi>
- Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY.
- Howard, C.; Howard, F.; Lanphear, B.; Eberly, S.; deBlieck, E.; Oakes, D. & Lawrence, R. 2003. Randomized Clinical Trial of Pacifier Use and Bottle-Feeding or Cupfeeding and Their Effect on Breastfeeding. *Pediatrics* Vol. 111 No. 3/2003, 511-518. Viitattu 12.9.2011 <http://pediatrics.aappublications.org/content/111/3/511.full.html>
- Ip, S.; Chung, M.; Raman, G.; Chew, P.; Magula, N.; DeVine, D.; Trikalinos, T. & Lau, J. 2007. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence Report / Technology Assessment no. 153. AHRQ Publication No. 07-E007. Viitattu 9.8.2010 <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf>
- Järvenpää, A.-L. 2008. Miksi imetys ei onnistu Suomessa suositusten mukaisesti? *Duodecim* Vol. 124 No. 10/2008, 1147-1148.
- Järvenpää, A.-L. 2009. Imetyksen vaikutukset lapsen terveyteen. *Suomen Lääkärilehti* Vol. 64 No. 23/2009, 2089-2093.

Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. 2009. Imetyksen edistäminen Suomessa. Toimintaohjelma 2009–2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 32/2009. Helsinki: Yliopistopaino.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2011. Viitattu 22.8.2010 <http://www.khshp.fi/index.asp>

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2010. Strategia vuoteen 2015. Viitattu 22.8.2010 <http://www.khshp.fi/index.asp>

Kent, J. 2007. How breastfeeding works. Journal of Midwifery and Womens Health Vol. 52 No. 6/2007, 564-570.

Laanterä, S.; Pölkki, T.; Ekström, A. & Pietilä, A.-M. 2010. Breastfeeding attitudes of Finnish parents during pregnancy. BMC Pregnancy and Childbirth Vol. 10 No. 79/2010, 1-8. Viitattu 19.8.2011 <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-10-79.pdf>

Lutz, C. & Przytulski, K. 2006. Nutrition and Diet Therapy. Evidence-Based Applications. The United States of America: F.A. Davis Company.

Maltby, J.; Williams, G.; McGarry, J. & Day, L. 2010. Research Methods for Nursing and Healthcare. England: Pearson Education Limited.

Manganaro, R.; Marseglia, L.; Mami, C.; Paolata, A.; Gargano, R.; Mondello, M.; Puliafito, A. & Gemelli, M. 2009. Effects of hospital policies and practices on initiation and duration of breastfeeding. Child: Care, Health and Development Vol. 35 No. 1/2009, 106-111.

McAllister, H.; Bradshaw, S. & Ross-Adjie, G. 2009. A study of in-hospital midwifery practices that affect breastfeeding outcomes. Breastfeeding Review Vol. 17 No. 3/2009, 11-15.

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp Ky.

Moore, E. & Anderson, G. 2007. Randomized Controlled Trial of Very Early Mother-Infant Skin-to-Skin Contact and Breastfeeding Status. Journal of Midwifery & Womens Health Vol. 52 No. 2/2007, 116-125.

Moore, E.; Anderson, G. & Bergman, N. 2009. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. The Cochrane Library, Issue 1. Viitattu 21.8.2010 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1471-2393.cd003519>

Moral, A.; Bolibar, I.; Seguranyes, G.; Ustrell, J.; Sebastia, G.; Martinez-Barba, C. & Rios, J. 2010. Mechanics of sucking: comparison between bottle feeding and breastfeeding. BMC Pediatrics Vol. 10 No. 6/2010. Viitattu 12.9.2011 <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/10/6>

Moule, P. & Goodman, M. 2009. Nursing research. An introduction. London: Sage.

Murray, E.; Ricketts, S. & Dellaport, J. 2007. Hospital practices that increase breastfeeding duration: Results from a population-based study. Birth Vol. 34 No. 3/2007, 202-211.

Nelson, A. 2007. Maternal-newborn nurses' experiences of inconsistent professional breastfeeding support. Journal of Advanced Nursing Vol. 60 No. 1/2007, 29-38.

Nummenmaa, L. 2009. Käytätymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ogbuanu, C.; Probst, J.; Laditka, S.; Liu, J.; Baek, J. & Glover, S. 2009. Reasons why women do not initiate breastfeeding. A Southeastern State Study. *Women's Health Issues* Vol. 19 No. 4/2009, 268-278.

Oommen, H.; Rantanen, A.; Kaunonen, M.; Tarkka, M.-T. & Salonen, A.-H. 2010. Social support provided to Finnish mothers and fathers by nursing professionals in the postnatal ward. *Midwifery* (article in press). Viitattu 6.9.2011  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613810001087>

Øverby, N.; Kristiansen, A.; Andersen, L. & Lande, B. 2008. Spedkost 6 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 6 måneder gamle barn. Helsedirektoratet, Mattilsynet og Universitetet i Oslo. Norway: Helsedirektoratet. Viitattu 11.8.2010  
[http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00054/IS-1535\\_54649a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00054/IS-1535_54649a.pdf)

Philipp, B. & Radford, A. 2006. Baby-Friendly: snappy slogan or standard of care? *Archives of Disease in Childhood -- Fetal & Neonatal Edition* Vol. 91 No. 2/2006, F145-F149.

Pincombe, J.; Baghurst, P.; Antoniou, G.; Peat, B.; Henderson, A. & Reddin, E. 2008. Baby Friendly Hospital Initiative practices and breast feeding duration in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery* Vol. 24 No. 1/2008, 55-61.

Riordan, J. 2005. *Breastfeeding and Human Lactation*. The United States of America: Jones and Bartlett Publishers.

Rivera-Lugo, M.; Parrilla-Rodriguez, A.; Davila-Torres, R.; Albizu-Garcia, C. & Rios-Motta, R. 2007. Full breastfeeding during the postpartum hospitalization and mothers' report regarding Baby Friendly practices. *Breastfeeding Medicine* Vol. 2 No. 1/2007, 19-26.

Rosenberg, K.; Stull, J.; Adler, M.; Kasehagen, L. & Crivelli-Kovach, A. 2008. Impact of hospital policies on breastfeeding outcomes. *Breastfeeding Medicine* Vol. 3 No. 2/2008, 110-116.

Santini, P.; Calevo, M.; Caviglia, M.; Asprea, T.; Bonacci, W.; Serra, G. & The Breastfeeding Group. 2008. Breastfeeding in northern Italy. *Acta Paediatrica* Vol. 97 No. 5/2008, 613-619.

Savilahti, E. 2005. Rintamaidon terveydellinen merkitys kehittyneissä maissa. *Duodecim* Vol. 121 No. 20/2005, 2189-2193.

Scientific Advisory Committee on Nutrition. 2008. *Infant Feeding Survey 2005: A commentary on infant feeding practices in the UK*. The Great Britain: TSO. Viitattu 16.8.2010  
[http://www.sacn.gov.uk/pdfs/sacn\\_ifs\\_paper\\_2008.pdf](http://www.sacn.gov.uk/pdfs/sacn_ifs_paper_2008.pdf)

Socialstyrelsen. 2008. Amning av barn födda 2006. Hälsa och sjukdomar 2008:7. Viitattu 9.8.2010 <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-125-12>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007 – 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:37. Helsinki: Yliopistopaino.

Spiby, H.; McCormick, F.; Wallace, L.; Renfrew, M.; D'Souza, L. & Dyson, L. 2009. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counselors on duration of breast feeding. *Midwifery* Vol. 25 No. 1/2009, 50-61.

STAKES. 1994. Vauvamyöteisyys-ohjelma. Ohjelma imetysohjauksen jatkuvaan laadun kehittämiseen. Viitattu 25.9.2011  
[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_c/vauvamyonteisyys.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_c/vauvamyonteisyys.pdf)

Stuebe, A. & Schwarz, E. 2010. The risks and benefits of infant feeding practices for women and their children. *Journal of Perinatology* Vol. 30 No. 3/2010, 155-162.

Swanson, V. & Power, K. 2005. Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behavior. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 50 No. 3/2005, 272-282.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

UNICEF. 2005. Celebrating the Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding 1990-2005. Past achievements, present challenges and the way forward infant and young child feeding. Italy: UNICEF.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Walburg, V.; Goehlich, M.; Conquet, M.; Callahan, S.; Schölmerich, A. & Chabrol, H. 2010. Breast feeding initiation and duration: comparison of French and German mothers. *Midwifery* Vol. 26 No. 1/2010, 109-115.

WHO. 2003. Global strategy for infant and young child feeding. Singapore: WHO.

WHO. 2008. The international code of marketing of breast-milk substitutes. Frequently asked questions. Updated version 2008. France: WHO.

WHO & UNICEF. 2009a. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Sveitsi: WHO Press. Viitattu 22.8.2010  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.01\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf)

WHO & UNICEF. 2009b. Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Section 1: Background and Implementation. Switzerland: WHO Document Production Services.

WHO & UNICEF. 2009c. Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Section 3: Breastfeeding Promotion and Support in a Baby-Friendly Hospital. A 20-hour course for maternity staff. Switzerland: WHO Document Production Services.

Winsett, R. & Cashion, A. 2007. The Nursing Research Process. *Nephrology Nursing Journal* Vol. 34 No. 6/2007, 635-643.

## KYSELYLOMAKE

Vastaa valitsemalla parhaiten kokemuksiasi kuvaava vaihtoehto sekä kirjoittamalla lisätiedot tyhjille riveille.

### Odotusaika

#### 1. Oliko Sinulla raskausaikana käyntejä tai hoitojaksoja synnytyssairaalassa

- ☐ kyllä, missä? (voit valita useamman vaihtoehdon)
  - ☐ äitiyspoliklinikalla
  - ☐ synnytyssalissa tai vuodeosastolla
- ☐ ei

#### 2. Jos kyllä, saitko raskausaikana synnytyssairaalasta tietoa (voit valita useamman vaihtoehdon)

- ☐ syntymän jälkeisen ihokontaktin tarkoituksesta
- ☐ ympärivuorokautisen vierihoidon tarkoituksesta
- ☐ lapsen saaman lisämaidon, veden tai muun ravinnon vaikutuksista imetykseen

### Synnytys

3. Ikäsi? \_\_\_\_\_ vuotta

#### 4. Oletko

- ☐ ensisynnyttävä
- ☐ uudelleensynnyttävä

5. Millä raskausviikoilla lapsesi syntyi? (esim. 39+4) \_\_\_\_\_

6. Kuinka paljon lapsesi painoi syntyessään? \_\_\_\_\_

#### 7. Oliko synnytyksesi

- ☐ alatiesynnytys
- ☐ suunniteltu keisarileikkaus
- ☐ päivystyksenä tehty keisarileikkaus

### Ensimmäiset tunnit synnytyksen jälkeen

#### 8. Oliko Sinun tai lapsesi voinnissa jotain poikkeavaa välittömästi synnytyksen jälkeen?

- ☐ Kyllä, mitä? \_\_\_\_\_
- ☐ Ei

**9. Saitko lapsesi synnytyksen jälkeen ensimmäisen kerran syliisi**

- ☐ heti tai ensimmäisten minuuttien aikana
- ☐ tunnin sisällä syntymästä
- ☐ myöhemmin, milloin? \_\_\_\_\_
- ☐ vuodeosastolle siirtymisen jälkeen

**10. Oliko lapsesi ensimmäisen kerran sylissäsi**

- ☐ alastomana paljasta rintaasi vasten
- ☐ peiton/kapalon sisällä
- ☐ muuten, miten? \_\_\_\_\_

**11. Oliko lapsesi ensimmäisen kerran sylissäsi ilman keskeytyksiä**

- ☐ alle ½ tuntia
- ☐ ½ tuntia – tunnin
- ☐ yli tunnin

**12. Milloin lapsesi alkoi imeä rinnalla ensimmäisen kerran?**

- ☐ ½ tunnin - tunnin ikäisenä tai aiemmin
- ☐ tunnin – 2 tunnin ikäisenä
- ☐ myöhemmin, milloin? \_\_\_\_\_

**13. Ohjattiinko Sinua ennen ensimmäistä imetyskertaa seuraamaan lapsesi viestejä imemishalukkuudesta?**

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

**14. Tarjottiinko Sinulle ensimmäisellä imetyskerralla apua imetyksen aloittamiseen?**

- ☐ Kyllä
- ☐ Kyllä, mutta en tarvinnut sitä
- ☐ Ei

**15. Kylvetettiinkö/puhdistettiin ja mitattiinko lapsesi**

- ☐ ennen ensimmäistä imetystä
- ☐ ensimmäisen imetyksen jälkeen
- ☐ muuten, milloin? \_\_\_\_\_

**Synnytysvuodeosastolla**

**16. Tarjottiinko Sinulle sairaalassaoloaikana apua hyvän imetysasennon löytämiseen?**

- ☐ Kyllä
- ☐ Kyllä, mutta en tarvinnut sitä
- ☐ Ei

**17. Tarjottiinko Sinulle sairaalassaoloaikana apua lapsesi oikean imemisotteen löytämiseen?**

- ☐ Kyllä
- ☐ Kyllä, mutta en tarvinnut sitä
- ☐ Ei

**18. Kuinka usein Sinua ohjattiin imettämään lastasi?**

- ☐ Aina kun lapsi vaikutti nälkäiseltä
- ☐ 1 – 2 tunnin välein
- ☐ 3 – 4 tunnin välein
- ☐ Muuten, kuinka usein? \_\_\_\_\_
- ☐ En saanut ohjausta

**19. Kuinka pitkään Sinua ohjattiin imettämään lastasi imetyskerralla?**

- ☐ Tietyn ajan, kuinka pitkään? \_\_\_\_\_
- ☐ Niin pitkään kuin lapsi halusi
- ☐ Muuten, miten? \_\_\_\_\_
- ☐ En saanut ohjausta

**20. Oliko lapsesi sairaalassaoloajanasi**

- ☐ vierihoidossa sekä päivisin että öisin
- ☐ pääasiassa vierihoidossa, mutta ajoittain hoidettava esim. lastenhuoneessa, miksi? \_\_\_\_\_
- ☐ hoidettavana toisessa yksikössä esim. vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuyksikössä
- ☐ muu, mikä? \_\_\_\_\_

**21. Mikäli lapsesi oli hoidettavana eri yksikössä kuin Sinä, ohjattiinko Sinua maidonnousun tukemiseen ja maidontulon ylläpitämiseen?**

- ☐ Kyllä, miten? \_\_\_\_\_
- ☐ Ei, sain imettää, enkä tarvinnut ohjausta
- ☐ En saanut ohjausta

**22. Ohjattiinko Sinulle sairaalassaoloaikana rintojen tyhjentäminen käsin (=käsinlypsy)?**

- ☐ Kyllä
- ☐ Asiasta oli puhetta, mutta osasin jo ennestään
- ☐ Ei

**23. Saiko lapsesi synnytyssalissa tai lapsivuodeosastolla rintamaitoa lukuun ottamatta (voit valita useamman vaihtoehdon)**

- ☐ Luovutettua äidinmaitoa
- ☐ Äidinmaidonkorviketta
- ☐ Jotain muuta, mitä? \_\_\_\_\_

**24. Saiko lapsesi mahdollisen lisäruoan (voit valita useamman vaihtoehdon)**

- ☐ Toiveesi perusteella, miksi? \_\_\_\_\_
- ☐ Henkilökunnan ehdottamana, miksi? \_\_\_\_\_

**25. Saiko lapsesi mahdollisen lisäruoan (voit valita useamman vaihtoehdon)**

- ☐ Tuttipullosta
- ☐ Mukista
- ☐ Jostain muusta, mistä? \_\_\_\_\_

**26. Oliko lapsellasi sairaalassa käytössä huvitutti?**

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

**27. Saitko synnytyssairaalasta mainoksia tai näytteitä äidinmaidonkorvikkeista, tuttipulloista tai tuteista?**

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

**Kotiinlähtöpäivänä**

**28. Onko lapsesi saanut viimeisen 24 tunnin aikana**

- ☐ ainoastaan rintamaitoa
- ☐ rintamaitoa sekä luovutettua äidinmaitoa tai äidinmaidonkorviketta
- ☐ ainoastaan luovutettua äidinmaitoa tai äidinmaidonkorviketta
- ☐ jotain muuta, mitä? \_\_\_\_\_

**29. Oletko saanut synnytyssairaalasta ohjeita, mihin ottaa yhteyttä mahdollisissa imetysongelmissa kotiutumisen jälkeen?**

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

**30. Jos vastasit kyllä, onko Sinua mahdollisissa ongelmatilanteissa ohjattu ottamaan yhteyttä (voit valita useamman vaihtoehdon)**

- ☐ synnytyssairaalaan
- ☐ äitiys- tai lastenneuvolaan
- ☐ imetystukiryhmään
- ☐ muualle, mihin? \_\_\_\_\_

**Kiitos vastauksistasi!**



**TIEDOTE TUTKITTAVALLE**

20.1.2011

**KOHTI YHTENÄISTÄ IMETYSOHJAUSTA**

**- Imetysohjauksen toimentasuunnitelman laatiminen Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytysten erikoisalalle**

Pyydän Sinua osallistumaan edellä mainittuun tutkimukseen. Tutkimus on osa kehittämisprojektia, jonka tarkoituksena on laatia Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytysten erikoisalalle imetysohjauksen toimentasuunnitelma. Kyselylomake jaetaan helmikuun 2011 aikana kaikille Kanta-Hämeen keskussairaalaista kotiutuville synnyttäneille naisille. Perehdyttyäsi tähän tiedotteeseen on Sinulla mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen Sinulta pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

**Tutkimuksen tarkoitus**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa, miten imetysohjaus sekä imetystä tukevat hoitokäytännöt toteutuvat perheiden kohdalla Kanta-Hämeen keskussairaalaissa. Tutkimustulosten avulla pyritään yhtenäistämään imetysohjaus- ja toimintakäytäntöjä, jotka tukevat imetyksen onnistumista sekä perheiden hyvinvointia. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin eettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

**Tutkimuksen kulku**

Tutkimuksella selvitetään kokemuksiasi sekä saamaasi imetykseen liittyvää ohjausta synnytyksen jälkeiseltä sairaalassaoloajalta. Kysely on kertaluonteinen, ja vastaamiseen kuluu aikaa noin 10-15 minuuttia. Voit vastata kyselyyn ennen kotiutumistasi ja jättää vastauksesi suljetussa kirjekuoressa osastolla olevaan suljettuun laatikkoon.

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

**Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit**

Tutkimukseen osallistumisesta ei ole Sinulle välitöntä hyötyä, mutta Sinun vastauksesi ja kokemuksesi ovat arvokasta tietoa imetysohjauksen sekä -neuvonnan kehittämiseksi Kanta-Hämeen keskussairaalaissa.

Tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta haittaa Sinulle tai perheellesi.

### **Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen**

Tutkimuksella kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Yksittäisen henkilön vastaukset eivät ole yhdistettävissä vastaajaan. Tulokset analysoidaan ja raportoidaan ryhmätasolla, jolloin yksittäinen henkilö tai hänen vastauksensa eivät ole tunnistettavissa. Tutkittavien tietoja tai tutkimustuloksia ei anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Tutkimustiedostoja säilytetään tutkijan hallussa sekä paperiversioina että tietokoneen tiedostoina kehittämisprojektin loppuraportin valmistumiseen sekä tarkastamiseen asti, jonka jälkeen ne hävitetään. Kehittämisprojektin loppuraportin on tarkoitus valmistua marraskuussa 2011.

### **Vapaaehtoisuus**

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voit keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta millään tavalla Sinun tai perheesi hoitoon.

### **Tutkimustuloksista tiedottaminen**

Tutkimus on osa Anne Tervon Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaa ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaa opinnäytettä. Opinnäyte liittyy itsenäisenä osana Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin Potilasohjaushankkeeseen. Tutkimuksen tulokset julkaistaan kehittämisprojektin loppuraportissa.

### **Lisätiedot**

Pyydämme Sinua esittämään mahdollisia kysymyksiä tutkimuksesta:

Anne Tervo  
kättilö, YAMK-opiskelija  
[anne.k.tervo@students.turkuamk.fi](mailto:anne.k.tervo@students.turkuamk.fi)  
p. 050-5920861

### **Tutkijoiden yhteystiedot**

*Anne Tervo*

Anne Tervo, kättilö  
YAMK-opiskelija  
Turun AMK  
[anne.k.tervo@students.turkuamk.fi](mailto:anne.k.tervo@students.turkuamk.fi)

*Ritva Laaksonen-Heikkilä*

Ritva Laaksonen-Heikkilä, THL  
opinnäytetyön ohjaaja  
Turun AMK/terveysala  
[ritva.laaksonen-heikkila@turkuamk.fi](mailto:ritva.laaksonen-heikkila@turkuamk.fi)

## TUTKITTAVAN SUOSTUMUS

### KOHTI YHTENÄISTÄ IMETYSOHJAUSTA

**- Imetysohjauksen toimentasuunnitelman laatiminen Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytysten erikoisalalle**

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijoille kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Hämeenlinnassa \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.2011

Hämeenlinnassa \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.2011

**Suostun osallistumaan  
tutkimukseen:**

\_\_\_\_\_

tutkittavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

nimenselvennys

\_\_\_\_\_

tutkittavan syntymäaika

\_\_\_\_\_

osoite

**Suostumuksen vastaanottaja:**

\_\_\_\_\_

henkilökunnan edustajan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

nimenselvennys

## ESIMERKKI AINEISTON PELKISTÄMISESTÄ JA LUOKITTELUSTA

Vierihoidon toteutumiseen vaikuttavat tekijät

Alkuperäisilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
"Ensimmäisenä yönä vauvalassa oman voinnin vuoksi"	Äidin fyysinen vointi	Äitiin liittyvät tekijät
"Korkeat verenpaineet --"		
"Synnytyksen jälkeisenä yönä kaipasin lepoa"	Äidin lepo	
"Omasta pyynnöstä, jotta saisi levättyä"		
"Äiti ja isä kävivät välillä kanttiinissa"	Äidin aktiviteetit	
"Alkuun otettiin erilaisia testejä"	Vastasyntyneen hoito ja tarkkailu	Vastasyntyneeseen liittyvät tekijät
"Lapsella oli matalat verensokerit"		
"Lapsi 3 vrk:n ikään hoidettavana toisessa yksikössä"	Vastasyntyneen hoito toisessa yksikössä	



KANTA-HÄMEEN  
SAIRAANHOITOPIIRIN KUNTAYHTYMÄ  
Synnytykset ja naistaudit

# **Raskaana olevan naisen ja vastasyntyneen perheen imetysohjauksen toimintasuunnitelma**

Synnytysten tuloksyksikkö



Työryhmä  
Syksy 2011

## **SYNNYTYSTEN TULOSYKSIKÖN SUUNNITELMA IMETYSOHJAUKSEN KEHITTÄMISEKSI**

### **1. Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytysten tulosityksikölle on laadittu koko henkilökunnan tuntema imetysohjauksen toimintasuunnitelma**

Toimintasuunnitelma sekä sen sisältö arvioidaan ja päivitetään säännöllisesti kahden vuoden välein. Toimintasuunnitelman päivityksestä vastaa imetyскоordinaattori yhdessä osastojen henkilökunnan kanssa. Toimintasuunnitelman osa-alueiden toteutumista seurataan tilastoinnin avulla.

### **2. Henkilökunnalle järjestetään toimintasuunnitelman edellyttämää koulutusta**

Henkilökunnan osaaminen perustuu WHO:n 20 tunnin imetysohjaajakoulutukseen. Imetysohjausta ja henkilökunnan osaamista ylläpidetään ja kehitetään säännöllisen täydennyskoulutuksen avulla. Sijaiset, joilla ei ole imetysohjaajakoulutusta, perehdytetään osastojen imetysohjaukseen.

### **3. Odottaville äideille jaetaan tietoa imetyksen eduista sekä siitä, miten imetys onnistuu**

Odottaville äideille ja perheille kerrotaan tutustumiskäyntien yhteydessä imetystä edistävistä hoitokäytännöistä. Imetys huomioidaan yksilöllisesti raskauden aikaisessa ohjauksessa esimerkiksi säännöllistä lääkitystä käyttävien odottajien kohdalla.

### **4. Vastasyntyneille turvataan synnytyksen jälkeen häiriötön varhaiskontakti ja äitejä kannustetaan ensi-imetykseen lapsen imemisvalmiuksien mukaan**

Ensi-imetyksessä huomioidaan äidin ja vastasyntyneen vointi. Vastasyntynyttä ei pakoteta rinnalle. Vanhemmille kerrotaan ternimaidosta eli kolostrumista sekä sen merkityksestä vastasyntyneelle. Oikea imuote huomioidaan ohjauksessa ensi-imetyksestä lähtien. Tieto ensi-imetyksestä sekä sen onnistumisesta kirjataan hoitosuunnitelmaan.

Elektiivisellä tai kiireellisellä sektiolla syntyneille vastasyntyneille tarjotaan mahdollisuus varhaiskontaktiin leikkaussalissa äidin ja vastasyntyneen voinnin mukaan. Pidempiaikainen ihokontakti ja ensi-imetys toteutetaan mahdollisuuksien mukaan heräämössä tai äidin palattua takaisin synnytyssaliin tai lapsivuodeosastolle. Mikäli äidin ja vastasyntyneen ihokontakti ei ole mahdollinen, kannustetaan isää tai tukihenkilöä ihokontaktiin vastasyntyneen kanssa.

**5. Äitejä opastetaan imetykseen ja maidonerityksen ylläpitämiseen mikäli he joutuvat olemaan erossa lapsestaan**

Äitejä ja perheitä informoidaan vastasyntyneen siirrosta toiselle osastolle. Äideille ja perheille kerrotaan missä ja milloin vanhemmat voivat osallistua vastasyntyneen hoitoon. Vastasyntyneen siirtymistä takaisin äidin vierelle tuetaan vastasyntyneen voinnin salliessa.

Äideille ohjataan yksilöllisen tarpeen mukaan rintojen tyhjennys maidonnousun varmistamiseksi ja ylläpitämiseksi äidin ja vauvan ollessa erossa toisistaan. Äitejä kannustetaan yöimetykseen / rintojen tyhjentämiseen öisin.

**6. Vastasyntyneille annetaan ainoastaan rintamaitoa, elleivät lääketieteelliset syyt muuta edellytä**

Äitejä ja perheitä kannustetaan ympärivuorokautiseen vierihoidon ja lapsentahtiseen imetykseen. Äideille ja perheille kerrotaan, ettei täysiaikainen, terve ja normaalipainoinen lapsi tarvitse yleensä lisämaitoa. Lapsille annetaan lisämaitoa lääketieteellisten syiden niin edellyttäessä.

**7. Äidit ja vauvat saavat olla vierihoidossa 24 tuntia vuorokaudessa**

Äideille ja perheille perustellaan ympärivuorokautisen vierihoidon edut ja perheitä kannustetaan ihokontaktin jatkamiseen myös varhaiskontaktin jälkeen. Vanhempia kannustetaan ja ohjataan yksilöllisesti lapsen hoidossa. Ohjaus perustuu näyttöön pohjautuvaan tietoon ja yhteisesti sovittuihin toimintatapoihin. Sektiolla synnyttäneet äidit aloittavat vierihoidon äidin voinnin salliessa.

**8. Äitejä kannustetaan lapsentahtiseen (lapsen viestien mukaiseen) imetykseen**

Äitejä neuvotaan imettämään lastaan aina tämän vaikuttaessa nälkäiseltä. Vanhemmille kerrotaan tiheän ja lapsentahtisen imetyksen tehostavan maidonnousua. Äitejä ja perheitä ohjataan tunnistamaan lapsen varhaiset nälkäviestit. Ohjauksella varmistetaan, että äiti tunnistaa lapsen oikean imuotteen, hyvän imetysasennon sekä tehokkaan imemisen ja riittävän maidonsaannin tunnusmerkit. Ohjauksessa huomioidaan isän merkitys imetyksen edistäjänä.

**9. Perheitä kannustetaan välttämään huvitutin käyttöä imetyksen alkuvaiheissa**

Perheille perustellaan huvitutin käytön vaikutukset imetykselle. Tuttia ei suositella käytettäväksi ennen kuin vauva on oppinut hyvän imemistekniikan ja äidinmaidon määrä on tasaantunut.

Vastasyntyneen mahdollisesti tarvitseman lisämaidon voi antaa esimerkiksi hörpyttämällä.

**10. Äideille ja perheille annetaan tietoa imetystukiryhmistä**

Perheitä rohkaistaan hakemaan apua mahdollisissa ongelmatilanteissa riittävän varhain. Ennen kotiinlähtöä äidin kanssa keskustellaan, mihin ongelmatilanteissa voi olla yhteydessä. Alueen imetystuki- ja muiden vertaistukiryhmien esitteet ja yhteystiedot löytyvät osaston ilmoitustauluilta.

**Lisäaskeleet****11. Yhteistyötä raskaana olevan ja synnyttäneen naisen sekä vastasyntyneen hoitoon osallistuvien kanssa lisätään ja kehitetään**

Eri osastojen ja raskaana olevien sekä perheiden hoitoon osallistuvien tahojen välillä sovitaan yhtenäisistä ohjaus- ja toimintakäytännöistä imetyksen ja perheiden hyvinvoinnin edistämiseksi.

**12. Äitien ja perheiden mielipiteitä imetyksestä sekä vastasyntyneen hoidosta kunnioitetaan**

Ohjaus ja neuvonta perustuvat äitien ja perheiden yksilöllisille tarpeille.